HOSPITAL DE ROCHA

ver exposición

ASOCIACIÓN MÉDICA DE PAYSANDÚ

ver exposición

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 21 de setiembre de 2005**

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Miguel Asqueta Sóñora.

MIEMBROS: Señores Representantes Luis José Gallo Imperiale, José Quintín Olano Llano y Álvaro Vega Llanes.

DELEGADOS DE SECTOR: Señores Representantes Daniel Bianchi, Alberto Casas y Carlos Maseda.

ASISTEN: Señores Representantes José Carlos Cardoso, Aníbal Pereyra y Juan José Domínguez.

INVITADOS: Doctores, Baltasar Aguilar, Director de Unidades Asistenciales del Interior de ASSE; Julio Sanguinetti, Director Departamental de Salud de Rocha; Gustavo Amorín, Coordinador Departamental de ASSE; y Freddy Rodríguez, Director del Centro Departamental de Rocha.

Por la Asociación Médica de Paysandú; doctoras Loyda Ponce y Bettina Cocchi; y doctores, Fernando Bentancor y Gonzálo de León.

SEÑOR PRESIDENTE (Asqueta Sóñora).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el agrado de recibir al Director de Unidades Asistenciales de ASSE del interior, doctor Baltasar Aguilar, al Director Departamental de Salud del departamento de Rocha, doctor Julio Sanguinetti, al coordinador departamental de ASSE del mismo departamento, doctor Gustavo Amorín y al Director del Hospital de la ciudad de Rocha, doctor Freddy Rodríguez.

Esta invitación se motiva en un planteo que la semana próxima pasada fue realizado por el secretariado gremial de la Federación Médica del interior y por la Asociación Médica de Rocha, manifestando algunas dificultades en el relacionamiento entre autoridades sanitarias del departamento y los profesionales médicos que se desempeñan en el centro de ASSE.

SEÑOR AGUILAR.- Agradecemos la invitación para comparecer ante esta Comisión.

Hoy nos trae a este ámbito la situación que es de público conocimiento que se está viviendo en el departamento de Rocha, que ha sido motivo de una exposición el día 14 de setiembre por parte de la Asociación Médica de Rocha, así como del Presidente y del secretario de la Federación Médica del Interior.

Quisiera hacer algunas precisiones sobre el contexto general de la situación que se vive en el departamento de Rocha.

En primer lugar, queremos descargar ansiedades y legítimas preocupaciones en cuanto a la asistencia que hoy se está prestando en el subsector público del departamento de Rocha. Me refiero específicamente al día de hoy, 21 de setiembre, cuando empieza a regir una disposición unilateral de la Cooperativa Médica de Rocha, en el sentido de prohibir la superposición de retenes de algunas especialidades entre la propia cooperativa y el Ministerio de Salud Pública, concretamente en lo que tiene que ver con el hospital de Rocha. Evidentemente había gran ansiedad y legítima preocupación entre todos los actores por lo que pudiera suceder. Ahora bien; según la información que tenemos nosotros y los integrantes del equipo de salud de Rocha, no ha habido absolutamente ninguna dificultad y están tomadas todas las precauciones a los efectos de que la asistencia sea normal.

En segundo término, quisiera manifestar cuál es la actitud con la que venimos tanto los representantes de ASSE, del Ministerio de Salud Pública a nivel central, como los integrantes de la Dirección de la Cartera en el departamento de Rocha. Como no podía ser de otra manera, no ignoramos que existen dificultades que seguramente, por diversos motivos, están centradas en el relacionamiento entre los médicos representados fundamentalmente por la Asociación Médica de Rocha -muchos de ellos, también trabajadores o cooperativistas de la Cooperativa Médica de Rocha- y las autoridades del Ministerio de Salud Pública a nivel departamental. No ignoramos que esas dificultades existen, si bien es discutible que esto deba catalogarse o no como un conflicto. De todos modos, venimos con la actitud de buscar caminos de entendimiento que permitan solucionar esta situación en el menor plazo posible. Más allá de las responsabilidades que corresponden a cada uno en este asunto, evidentemente que una situación de desentendimiento no es deseable ni para la actividad privada ni para la pública y mucho menos para los ciudadanos de Rocha.

En tercer lugar, a estar por las informaciones que hemos recibido por parte de los integrantes del equipo de Dirección del Ministerio de Salud Pública y de ASSE de Rocha, podemos afirmar -y seguramente lo demostraremos a partir de la exposición- que las dificultades no son originadas por el Ministerio de Salud Pública ni por ASSE. En este sentido, hay una serie de consideraciones sobre las que seguramente se profundizará en el transcurso de la sesión. Con esto no quiero responsabilizar a nadie en particular por estas dificultades; creo que estamos en una hora de construir un camino de salida, pero sí queremos decir que en lo que ha sido hasta el momento la gestión del equipo del Ministerio de Salud Pública de Rocha, y en lo que será de aquí en más, el único objetivo que nos guía es tratar de encauzar estas dificultades, que son ciertas, más allá de las responsabilidades que le haya correspondido a cada uno, a los efectos de que podamos brindar en el departamento de Rocha la atención médica que todos merecen.

Quisiera manifestar que en todo el país, y en el Ministerio de Salud Pública en particular, vivimos tiempos de cambios que implican desde grandes medidas de tipo macro hasta otras de magnitudes variables, inclusive a nivel micro; me refiero a las unidades asistenciales. Cuando vivimos tiempos de cambios, sin lugar a dudas, muchas de las medidas instrumentadas pueden ser aceptadas por los actores y otras resistidas, en algunos casos legítimamente y en otros no tanto. Existen y seguirán existiendo dificultades en la implementación de cambios en la atención médica en el Uruguay. ¿Y cuáles son esos cambios? A los que ustedes ya conocen, y nos han oído hablar al respecto en esta y en otras Comisiones del Parlamento -los cambios macroestructurales que se vinculan a la conformación de un Sistema Nacional Integrado de Salud, de un Seguro Nacional de Salud, al fortalecimiento del primer nivel de atención, al cambio de modelo de atención-, se suman a nivel micro las medidas correspondientes que apunten a efectivizar, es decir a implementar en la práctica, estos grandes objetivos estratégicos que tiene el Ministerio de Salud Pública.

Cuando hablamos de implementar un Sistema Nacional Integrado de Salud, nos referimos a la necesidad de tomar las fortalezas, tanto del sector público como del privado en el interior del país -de las Intendencias, de las organizaciones no gubernamentales, de las organizaciones comunitarias, etcétera- pretendemos poner a disposición de la población todos los recursos existentes. Esto que puede sonar muy teórico, de cara a la situación concreta que vivimos en Rocha, tiene una traducción concreta. En Rocha, como en cualquier parte del país, como no puede ser de otra manera, la voluntad indeclinable del Ministerio de Salud Pública es liderar, estar a la vanguardia de un proceso de acuerdo entre todos los sectores, que apunte a ir tejiendo ese Sistema Nacional Integrado de Salud, con las particularidades de cada uno de los departamentos, con las características locales.

Hablamos, pues, de fortalecer el subsector público, a los efectos de ponerlo en condiciones de armonizar con el subsector privado, a fin de que comience a funcionar un Sistema Nacional Integrado de Salud. No estamos hablando de poner en competencia al subsector público con el subsector privado y mucho menos de que en esta etapa el subsector privado sea algo así como el responsable de la asistencia de la inmensa mayoría de la población del departamento. De lo que estamos hablando es de un Sistema Nacional Integrado de Salud.

Tal como hemos trasmitido a los integrantes del equipo del Ministerio de Salud Pública de Rocha, nuestra voluntad es poner de acuerdo a todos los actores -municipales, comunitarios, públicos, privados- a los efectos de ir conformando ese Sistema Nacional Integrado de Salud, con las particularidades que tiene este departamento, así como cualquier otro.

Cuando mencionamos un cambio a nivel macroestructural que pasa por la dignificación de la atención médica en el subsector público -que encontramos descaecida, en una situación que nosotros calificamos como de caos- estamos hablando de poner a punto una serie de instrumentos de tipo administrativo y -¿por qué no?- político que de alguna forma hagan que el Ministerio de Salud Pública no sea la cenicienta del Sistema Nacional Integrado de Salud, sino un pilar fundamental.

Al asumir esta Dirección -seguramente los compañeros representantes del Ministerio de Salud Pública de Rocha podrán profundizar al respecto- nos encontramos con una situación de debilidad del hospital de Rocha que pretendemos corregir. Claro está, pretender corregir eso, implica tomar medidas concretas como, por ejemplo, fortalecer el primer nivel de atención en el departamento de Rocha a efectos de que la gente tenga la asistencia médica que se merece, cerca de donde vive y trabaja. Para lograr eso hay que sacar médicos y enfermeras hacia la periferia. Es un proceso gradual que recién comenzamos y que, por supuesto, en absoluto está culminado.

Asimismo, queremos dignificar la atención en el segundo nivel, en el propio Hospital, para lo cual la dirección ya ha tomado medidas concretas. En un proceso que, seguramente, va a llevar mucho tiempo, quizás podamos mejorar aspectos tales como el traslado de los pacientes, las plantas físicas de los hospitales -y Rocha no debe ser la excepción-, la dignificación de la internación y todo lo que tiene que ver con los estudios y tratamientos. Inclusive, se podría hacer participar a Rocha -todavía no lo tenemos definido pero no nos negamos a ello- en algún emprendimiento que podría catalogarse de proyecto de desarrollo regional, como ya lo hemos definido para otros departamentos del interior como, por ejemplo, los de traumatología en Mercedes, Durazno y Minas o el proyecto de desarrollo de la oftalmología en Florida, etcétera.

¿Qué estoy queriendo decir con esto? Que las medidas que se anuncian a nivel macroestructural, tienen su correlato a nivel microestructural y en los distintos departamentos, y su aplicación implica cambios. Dichos cambios son legítimamente resistidos por unos, no tanto por otros, o aceptados en su generalidad, y el Ministerio está dispuesto a impulsarlos, por supuesto que al amparo de la normativa vigente y de la que se pueda dictar.

Quería hacer estas tres puntualizaciones que refieren a lo macro, al contexto, para luego sí entrar puntualmente al tema concreto, es decir, la situación que hoy se vive en el departamento de Rocha.

He leído la versión taquigráfica de la exposición realizada por los distintos invitados en la sesión de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del 14 de setiembre de 2005. Algunos de los invitados realizan algunas apreciaciones que, en realidad, merecerían una respuesta. En algunos casos puntuales la daré yo y en otros las dará el resto del equipo de Rocha.

Uno de los integrantes de la delegación que visitó a la Comisión habló de su temor con respecto a que la población que se asiste en Salud Pública sea la más perjudicada. Con respecto a eso, queremos decir con absoluta claridad que la población del departamento de Rocha hoy no solo no está siendo perjudicada por la gestión en el Hospital de Rocha, sino que, muy por el contrario -lo pueden ratificar el señor Director Departamental, el señor Director del Hospital y el coordinador de la red de ASSE- se siente conforme y satisfecha con la asistencia que se le brinda y con las medidas que se han adoptado.

Uno de los temas polémicos y que como ASSE nos corresponde aclarar, es la situación generada a partir de la designación de las tres personas que hoy están aquí. He oído decir a representantes de todos los partidos políticos -del partido de gobierno y de la oposición- que la designación de los Directores, tanto departamentales como de hospital y coordinadores de la red de ASSE -que es una nueva figura que se agrega en esta instancia- es una decisión absolutamente legítima y es potestad del Gobierno. Nosotros hemos designado a la gente que considerábamos más idónea para ocupar los cargos. Pero junto con eso hemos anunciado que algunos de estos cargos -como ya explicamos días pasados en la Comisión de Hacienda- son de confianza política como, por ejemplo, el de Director Departamental, que en el caso del departamento de Rocha está en manos del doctor Sanguinetti; otros cargos serán llenados por concurso. Esa es la voluntad indeclinable de este Gobierno y queremos dejarlo en claro.

Cuando designamos al equipo que hoy tiene a su cargo la gestión del Ministerio de Salud Pública en el departamento de Rocha, no usamos criterios diferentes a los que utilizamos en el resto del país. Es decir, recurrimos a las personas radicadas en el departamento, con trayectoria, que desde el punto de vista técnico y moral sean las más idóneas para hacerse cargo, en forma definitiva en algunos casos -como la del director departamental-, transitoria "sine die" en otros -como el caso del Director del Hospital y el coordinador de la red de ASSE-, de la responsabilidad de la gestión del Ministerio de Salud Pública en Rocha. Quiero dejar en claro que no hubo ninguna otra consideración.

La prueba elocuente de que no estábamos mal orientados con respecto a las designaciones, es que todos los actores de Rocha aceptaron la designación del Director Departamental de ese departamento, Sanguinetti, del coordinador de la red de ASSE, de los Directores de Lazcano, Castillos y Chuy. En esos casos, por lo menos a nuestros oídos no llegó ningún reclamo ni queja con respecto a las designaciones. Aparentemente, el problema comienza cuando se designa al doctor Freddy Rodríguez como Director del Hospital de Rocha.

El doctor Freddy Rodríguez tiene todo nuestro apoyo; desde su designación ha venido cumpliendo una tarea que a los ojos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado valoramos como altamente positiva. Realmente, no comprendemos por qué la designación de algunos Directores genera resistencia, y la de otros no.

El funcionamiento del Hospital es comparable con un mecanismo de relojería y requiere ajustar algunos elementos que son clave. Luego los Directores hablarán de la situación que encontraron en el Hospital de Rocha cuando asumieron sus cargos y las medidas que se han tomado hasta ahora.

El hecho de ajustar algunos aspectos clave del funcionamiento de un hospital implica, en primer lugar, definir claramente cuál es su misión y, en segundo término, hacer una planificación estratégica para ver hacia dónde va un hospital, en cualquier departamento, en el contexto de un sistema nacional integrado de salud. Asimismo, implica trazarse objetivos de corto, mediano y largo plazo; implica determinar cuál es el entorno y la población objetivo; implica determinar cuáles son los indicadores que van a permitir evaluar la gestión. Cuando se asume la Dirección de un hospital, muchas veces se plantean objetivos, pero luego no se evalúa su cumplimiento, porque no se han determinado claramente los indicadores que permitan evaluarlo. Puedo decir con orgullo, tanto para ASSE como para el Ministerio de Salud Pública, que en el caso de Rocha esa planificación estratégica está hecha. Estamos en condiciones de brindar a los señores legisladores una copia de la planificación estratégica que se ha hecho desde que asumió esta Dirección. Planificar estratégicamente es algo muy importante, no solo en un hospital, sino en cualquier organización, porque entre otras cosas, implica no desgastar al equipo de gestión y de dirección en el tan famoso "apagado de incendios" a los que habitualmente se recurre cuando se está al frente de una institución compleja como es el hospital. Trabajar sin planificar desgasta al personal de Dirección y de todo el resto del hospital y no permite visualizar claramente cuál es el camino por el que tiene que transitar el hospital.

Hoy el Hospital de Rocha tiene un proyecto de planificación estratégica que, seguramente en lo que respecta a los objetivos de corto plazo, van a ser compartidos por todos ustedes. También se está trabajando en un

proyecto de planificación estratégica de mediano y largo alcance que mejore sustancialmente el perfil del Hospital.

Además, cuando hablamos de las designaciones, de la planificación estratégica, de las medidas de corto, mediano y largo plazo que se adoptan, también tenemos que referirnos a un aspecto que para nosotros es fundamental. Hay determinadas normas que apuntan al cumplimiento de los cometidos esenciales del Hospital que implican -y voy a usar una palabra que, quizá, por el sentido que comúnmente se le da, puede parecer un tanto agresiva, pero se utiliza y tiene su connotación específica desde el punto de vista de la administración hospitalaria- disciplinamiento. La disciplina es absolutamente fundamental; y uso esta palabra sin temor. Se debe disciplinar a todos los actores, es decir, ponerlos en conocimiento acerca de cuáles son las normas y las reglas de juego y, al mismo tiempo, controlar su cumplimiento. No existe ninguna organización, ni pública ni privada, ni en el campo de la salud ni en ningún otro, que sin normas de disciplina y trabajo que puedan ser controladas logre cumplir con sus objetivos.

El equipo de dirección del Hospital de Rocha y los representantes del Ministerio en ese departamento están haciendo un esfuerzo muy importante. Esto no significa un juicio de valor sobre lo que existía anteriormente. Lo que podría haber existido en el Hospital de Rocha, como en cualquier otro lugar, era cierta laxitud en cuanto al cumplimiento de funciones que consideramos esenciales.

Hoy tenemos que tener muy claro que si el subsector público se quiere integrar con el privado a un sistema nacional integrado de salud debe hacer cumplir las normas, entre ellas, algunas que son discutidas como, por ejemplo, las referidas al cumplimiento de los horarios.

Quiero manifestar mi total acuerdo con lo expresado por los legisladores en esa reunión y que, cualquiera sean las diferencias que tengamos entre nosotros acerca de cómo visualizamos el problema de Rocha, existe disposición por parte del Ministerio de Salud Pública y de ASSE a encontrar los caminos de entendimiento que nos permitan superar esta situación. El Hospital de Rocha espera una mejora sustancial en su gestión; se están dando los primeros pasos en ese sentido y no podemos defraudar a la población rochense. Estamos trabajando y podemos avanzar si conjuntamos los esfuerzos, siempre y cuando, cada una de las partes constituyentes del prometido -seguramente se cumplirá- Sistema Nacional Integrado de Salud tenga claras cuáles son sus fortalezas y debilidades. Nosotros tratamos de aminorar las debilidades y de fortalecer a todos los hospitales del país, y esta también es la situación del mencionado hospital.

Quedo a disposición de los legisladores.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Agradecemos la invitación a tratar este tema. Yo soy médico; cursé el post grado de Administración de Servicios de Salud; fui residente de Administración de Servicios de Salud, cargo al que llegué por concurso, y actualmente soy el Director del Hospital de Rocha, que es el meollo del conflicto.

Voy a exponer sobre el diagnóstico de la situación del Hospital que encontramos, nuestros planes de gestión, los cambios que implementamos -pensamos que son parte central de este conflicto- y los resultados.

En cuanto a la situación del hospital, el elemento más macro de diagnosticar en cualquier organización es la visión; esto es: cuál es la imagen mental sobre un futuro posible. La visión actual que notábamos en los trabajadores es que "la institución está dedicada a brindar servicios de salud", lo que centra el objetivo institucional en la actividad, en quién la realizaba, constituyendo a este como actor principal.

La meta fue hacer un cambio de visión -que, como todos los cambios, es a largo plazo- y que la institución se viera a sí misma dedicada a satisfacer las necesidades de los usuarios, las demandas de nuestra población, ubicando al usuario como centro de nuestro accionar. De hecho, el hospital cumple una función social. Lograr esto implica un cambio de cultura institucional.

Vamos a analizar las debilidades que encontramos para abordar esa tarea, y las plantearemos en tres capítulos. Primero, el cumplimiento de los principios de la atención médica; segundo, el vínculo del hospital con su entorno y, tercero, la valoración de recursos e instrumentos con que contábamos.

Al analizar cómo cumplía el hospital los principios de atención, encontramos como los principales problemas lo siguiente:

Primero, débil accesibilidad institucional -esto quiere decir que por más que los recursos estaban montados adentro del hospital, para los usuarios el acceso a dichos recursos era un problema.

Segundo, distribución de los recursos con un criterio más igualitario que equitativo, lo cual significa que a la gente que tiene mayores necesidades, el hospital no le llegaba con la mayor cantidad de recursos.

Tercero, en cuanto a la calidad asistencial notamos un escaso desarrollo en las funciones sustantivas de educación e investigación.

Cuarto, en materia de eficiencia encontramos que había una debilidad en la aplicación de los recursos humanos que ya teníamos asignados y presupuestados, cuya organización no respondía a las necesidades de la institución ni de la población usuaria.

Con respecto al hospital y a su entorno, analizaremos sus principales carencias de relacionamiento a través de dos aspectos. Uno de ellos es la integración en la red asistencial. De hecho, había que superar un modelo hospicéntrico. Tratamos de tener una conducta proactiva de integración con múltiples efectores de salud, tanto en primer nivel de atención, como con otros hospitales públicos, privados, con unidades formadoras, mediante programas de cooperación, de integración, pero evitando la concentración de vínculos que generen dependencia del hospital de cualquiera de estas estructuras.

En el aspecto social tratamos de estimular a la población a que se integre a la dinámica de funcionamiento del hospital, a través de un aumento del vínculo con las instituciones públicas y con los usuarios, en particular a través de generar o fortalecer estructuras como las que existían, por ejemplo, las Comisiones de Apoyo o Comisiones de Usuarios.

Además, acerca de los recursos o instrumentos para llevar adelante esta gestión, hicimos una valoración global de los recursos del hospital.

En cuanto a recursos humanos, nos encontramos con que había problemas de dotación en algunas áreas específicas, como enfermería, mantenimiento y algunas especialidades médicas como traumatología y oftalmología; falta de calificación para la función que desempeñaban en diversas áreas; carencias de motivación y compromiso, en especial, en funcionarios con multiempleo o en los que tenían mayor calificación. A mayor calificación técnica peor es el nivel de remuneración que tenemos, comparada con la actividad privada.

La dotación de recursos materiales en general es pobre, siendo crítica en áreas muy sensibles como los créditos asignados para medicamentos, estudios paraclínicos, instrumental médico y el parque automotor.

En cuanto a los instrumentos de gestión, los que contamos para la aplicación de dichos recursos son casi exclusivamente de la Administración Pública, lo que implica una rigidez en la gestión para una actividad tan compleja y cambiante que nos hace estar equipados para responder a los desafíos de un mundo que ya no existe. Más allá de la mejor dotación de recursos que proporcione el Ministerio, pensamos que diversificar la fuente de financiamiento posibilitará una mayor diversidad de los instrumentos para aplicar dicho recurso, logrando un uso más eficiente.

¿Cuál fue nuestro plan de gestión? Por razones de tiempo y de estrategia, para no cansarlos, vamos a desarrollar los objetivos que esperamos alcanzar sobre la base de actividades que ya se están ejecutando en estos tres meses de trabajo.

Tenemos una apertura programática con algunos objetivos en general, como mejorar la accesibilidad institucional en el área de Consulta Externa y Emergencia, a través de reorganizar la atención de la sección de atención al usuario, satisfacer la demanda espontánea de medicina general y fortalecer el primer nivel de atención. Para ello desarrollamos las siguientes actividades: aumentar la dotación y calificación de recursos humanos en las secciones de Atención del Usuario, levantar las trabas burocráticas desarrolladas por la institución para que el usuario postergue las demandas asistenciales en el área de consulta externa, cuantificar las carencias asistenciales en esta área, reorganizar el recurso médico para que satisfaga la demanda de medicina general espontánea en el ámbito de consulta externa, aumentar la dotación de recursos humanos en general y de médicos en particular en el primer nivel de atención para que se generara en él la demanda

espontánea, y coordinar con la Intendencia Municipal de Rocha políticas institucionales en el área de servicio de salud del primer nivel de atención.

En cuanto a distribuir los recursos en forma más equitativa que igualitaria, concentramos los recursos de los usuarios que se asisten en forma exclusiva en el subsector público, reordenamos el consumo de recursos escasos y críticos, como los medicamentos, y fortalecemos el primer nivel de atención. Exigimos ticket de asistencia para realizar exámenes paraclínicos y/o para dispensar medicamentos, expedición de medicamentos a través de un sistema de fichas de crónicos y control de situaciones de abuso en farmacia.

Otro objetivo general importante es fortalecer la estructura organizativa. Para ello se hace necesario mejorar la aplicación de los recursos humanos a través de una planificación y ubicación en función de los objetivos de la institución. También hay que mejorar la política de desarrollo de recursos humanos, para lo cual, en función de la organización que contábamos, pensamos que era fundamental dotar a la organización de un orden social y material claramente identificado y establecido, fortalecer la autoridad de los mandos medios y de la unidad de mando, seleccionar y calificar futuros mandos medios, normalizar las rutinas operativas, desarrollar un programa de formación continua que favorezca la participación de unidades formadoras y lograr compromisos de gestión con los servicios asistenciales que nos permitieran asegurar metas de productividad y calidad mínimas imprescindibles para un adecuado funcionamiento.

Esto es lo que ordenó nuestra gestión desde el punto de vista teórico.

Ahora bien, nos encontramos con una situación deficitaria de servicios asistenciales, que nosotros pensamos que estaba generada por una inadecuada asignación de recursos humanos presupuestados. Vamos a analizar esto por diferentes ámbitos. En consulta externa había una escasa oferta de servicios de policlínica de medicina general. Había doce policlínicas semanales -tengo en mi poder el cronograma de horario de atención de policlínicas cuando asumí el cargo- a pesar de contar con nueve médicos generales. Es decir que de 864 horas mensuales contratadas que tenía el Ministerio se trabajaban 216 horas, lo que determinaba sobrecarga en la Emergencia atendiendo a ochenta pacientes por día como máximo, con un tiempo de espera de hasta 6 horas. Esto quiere decir que como no teníamos un servicio suficiente de policlínicas de medicina general, toda la sobrecarga iba para la Emergencia. Cualquiera que haya trabajado en una Emergencia médica sabe que atender ochenta personas no es algo muy recomendable. De hecho, en el mes de junio se atendió a mil doscientos cincuenta y nueve pacientes, en promedio cuarenta y dos pacientes por día; en el mes de julio se vieron por día cincuenta y cuatro pacientes, lo que implicaba un 28% de aumento con respecto al mes anterior. Como sabemos que el pico de zafra es en el mes de agosto, nos preocupaba bastante la situación. Luego, comentaremos qué medidas se tomaron en Emergencia.

Por otra parte, había policlínicas en diferentes especialidades con horarios inadecuados. Cuando asumí como Director del Hospital -voy todos los días entre la hora 8 y 30 y las 16 y 30- empecé a ir en diferentes horarios, y me llamó la atención la cantidad de gente que había a la hora 6, a la hora 7, siendo pleno invierno. Había policlínicas de pediatría a la hora 6 y 30, de oftalmología, algunas de medicina general. Esto quiere decir que los ciudadanos de Rocha debían levantarse en plena madrugada para ir al hospital. Es más, algunos venían de ciudades vecinas porque es un centro de referencia. En algunos casos, viene gente del Chuy, que está a 130 quilómetros, y debían viajar en la madrugada.

Había una demanda insatisfecha de policlínicas, que no conocíamos debido al sistema de anotación que usaban. Nos llamó la atención algún informe -figura en el Anexo III- que se le pasaba al Ministerio, donde se decía que la demora para hacer una ecografía era de un mes; para una consulta en traumatología dos o tres meses, en oftalmología, sesenta días. Todos los días la gente protestaba por las filas y las horas de espera. Con los días nos dimos cuenta que a la gente se le decía: "Para la ecografía, usted venga el tercer martes de cada mes para anotarse para el mes que viene; se dan todos los números del mes que viene; si usted entra en ese número, le va a tocar, pero anotamos solo para el mes que viene".

Para oftalmología, a las personas se les decía en uno de los dos días: "Usted venga a primera hora que a los primeros doce que lleguen la oftalmóloga los va a ver" y los va a clasificar. Claro, con la demanda que hay en esas especialidades en casi todos los lugares, la gente hacía cola a las dos o las tres de la mañana, para estar entre los primeros.

De hecho, lo que hicimos fue liberar el régimen y permitir que los usuarios se empezaran a registrar el día que les viniera bien.

Nos encontramos, entonces, que en ese informe que se le envía el Ministerio el 27 de abril, se dice que las ecografías son a treinta días; en poco tiempo tenemos ecografías para el mes de febrero, traumatólogos, para febrero, oculistas para febrero. Les pregunté a los médicos por qué hacían eso y me respondieron que era la única manera que encontraban para evitar el problema, de lo contrario tenían que estar todos los días en la radio porque no tienen la carga suficiente de recursos humanos para dar satisfacción a la demanda. Yo les dije que eso implica que la gente venga temprano todos los días al Hospital para anotarse. Dije públicamente que no estaba dispuesto a mentirle a la gente. Si no hay posibilidad de hacer ecografías sino hasta dentro de seis meses, tendremos que ver cuántos especialistas, cuántos traumatólogos u oftalmólogos nos faltan y se los pedimos al Ministerio. De ahí es que uno plantea que la demanda insatisfecha en Policlínicas no era conocida. Dejo el documento dos y tres.

En el ámbito de atención de hospitalización, nos encontramos con falta de continuidad asistencial. Los médicos, en particular en medicina general, no pasaban una visita diaria; existen múltiples médicos actuantes, cobrando por más de una vía por la misma tarea. No era poco habitual situaciones donde se internaban pacientes por teléfono, así como diferencia de criterios entre el médico de cabecera y el médico de retén. Cuando había nueve médicos, solo diez Policlínicas semanales en el Hospital y dos barriales preguntaban "¿Muchachos qué hacemos con el horario? Porque tenemos ochocientas sesenta y cuatro horas contratadas." Entonces, comenzamos a hacer un registro de en qué trabajaban. Tengo la tabla dos que luego se las haré llegar.

En las Policlínicas del Hospital trabajaban cien horas, en las Policlínicas periféricas dieciséis horas, en la hospitalización cien horas -siendo muy generoso-, con eso hacían doscientas dieciséis horas de ochocientas sesenta y cuatro que teníamos contratadas.

Había un sistema de atención de los médicos en Rocha muy particular. Cada uno seguía a su paciente, lo veía en la Policlínica, lo internaba, lo seguía en la internación hasta que le daba el alta. Eso está perimido en muchos lugares, para eso están los médicos de sala. Eso hacía que, por ejemplo, si el médico se iba el fin de semana, el paciente quedaba internado el jueves, hasta el lunes no volvía y nadie le daba el alta. Para eso se creó los retenes de medicina interna. Y yo preguntaba: "¿Cómo es el tema de los retenes de medicina interna?" Me contestaban que eran utilizados para, cuando el médico no estaba, pasar visita en sala por si se descompensaba algún paciente, a lo que les contesté que esa era una tarea de la emergencia. Ellos me argumentaban que la emergencia que ve a ochenta o noventa pacientes y no puede ver también a los que están internados. En realidad, ven ochenta o noventa porque lo que están haciendo es toda la Policlínica del Hospital.

En el ámbito de atención de emergencia, fuera de los problemas en cuanto a la cantidad de usuarios que se veían, tenemos un problema que me parece grave y que quizás para el próximo mes lo podamos solucionar. Teníamos un servicio de ambulancia especializada sin continuidad en cuanto a la presencia del médico para el traslado. Este servicio era para trasladar pacientes críticos. Muchas veces, no hay médicos en el pueblo -a pesar de que se paga $ 1.300 un traslado-, porque hay problemas de radicación de los médicos de medicina general en Rocha. Entonces, un paciente crítico, que debería ser trasladado de inmediato, podía esperar hasta doce horas y en una ocasión, en función de asumir un riesgo personal, tuvimos que mandar un paciente en la ambulancia sin médico. ¡Una ambulancia especializada, con todos los recursos, sin médico!

Otro de los problemas existentes son las cargas de trabajo inadecuadas por falta de resolución de los pacientes en el ámbito de la Policlínica médica en forma diaria, y en pediatría en algunos días.

Por otro lado, existe otro inconveniente que no hemos podido solucionar y es que como son cuatro o cinco personas los que hacen la emergencia, trabajan hasta 48 horas de corrido, lo que no es buena cosa.

Voy a explicar las medidas tomadas en la gestión, que creo que están en la base de toda esta molestia.

En cuanto a las medidas tomadas e implementadas con los jefes de servicio, con los cuales me reúno semanalmente. Reafirmar el concepto de obligatoriedad de marcado de la tarjeta, según lo comunicado por el señor Director General de ASSE doctor Tabaré González, exhortando a los Jefes de Servicio que hicieran cumplir la medida con notificaciones al cuerpo médico. Esta situación empezó el 22 de abril, antes que yo entrara, y terminó el 12 de agosto. Aquí hay un documento que lo avala.

Habitualmente los médicos, en la ciudad de Rocha, no estaban acostumbrados a marcar tarjeta, situación que generó cierta resistencia. A partir del 22 de abril, mediante un comunicado, se expresa que todo el personal, sin excepciones, de todos los centros auxiliares, Policlínicas rurales y otros, deben registrar su ingreso y salida de la Institución utilizando el mecanismo que tengan a disposición, tarjeta reloj, cuaderno de asistencia, etcétera. Después de eso se valora cuál fue la respuesta a la medida. Aquí en este documento, al 2 de mayo, van a encontrar un listado importante de médicos que, a pesar de la medida en el Hospital de Rocha, no marcaron tarjeta. En función de eso, en mayo, la Dirección anterior los cita, les hace conocer personalmente la situación y los hace firmar. Todos firman menos el traumatólogo Néstor Fernández que, posteriormente, en una carta, dice que nunca fue notificado de esto, que no se le avisó por ningún medio Casi todos firmaron, menos él; entre otros. Hay una constancia con letra de la propia funcionaria que dice "no firma". Está firmado por Angela Vero, que es Adjunta a la Dirección.

El 1º de junio nuevamente viene la lista, pedimos que pasen el comunicado del doctor Tabaré González de mayo, se pega en la tarjeta nuevamente y el 20 de junio el Director Perdomo realiza otro comunicado. El 1º de julio se hace otro comunicado y al final de julio la lista se achica quedando siete médicos sin firmar. El 12 de agosto y en función de las normas establecidas en el TOFUP dispuestas en los artículos 225, 226, 227, 230 y 234, se resuelve realizar una observación a los doctores que no estaban cumpliendo con lo establecido y notificar a los funcionarios que esto pasaba al legajo personal y que si seguían con la intención de no marcar la tarjeta no iban a cobrar el salario, como corresponde. Ante esto, la mayor parte de los médicos marcaron la tarjeta a excepción del señor Néstor Fernández.

Por otro lado, como criterio general se le planteó a los médicos -se les dio un plazo de más o menos un mes- que no realizaran consultas antes de las 8 de la mañana en el Hospital. Entendemos la situación de multiempleo, que los médicos de esta generación tenemos que estar corriendo tras las guardias, trabajamos en varios lugares, pero el último en importancia no puede ser el Hospital. No puede ser que se venga a las seis y media de la mañana a hacer una policlínica de pediatría al Hospital porque a las ocho se tiene que ir. Entonces cerramos la ventanilla y les dimos un tiempo; ahora la ventanilla se abre a las siete y media y antes de las ocho no empieza ninguna policlínica. Además, se cambió el sistema de anotaciones, levantando las trabas burocráticas que le ponían a la gente por el cual el Hospital de madrugada era un excelente lugar para vender cosas. De esta forma, llegamos a un convenio con los médicos.

Respecto al cumplimiento del horario, dijimos que, técnicamente, lo tienen que cumplir en su totalidad. Sabemos cuál es la situación salarial y laboral de Salud Pública. Convenimos con los diferentes servicios en realizar algunos objetivos de gestión, para poderlos implementarlo en el transcurso de cinco o seis meses.

En el Servicio de Cirugía y Ginecología, se aceptaría que las colas de espera en la consulta externa serían de un mes como máximo, a excepción de Traumatología y Oftalmología, para lo cual se solicitaría un nuevo profesional para cada área, ya que el Jefe de Servicio nos dijo que no iban a poder cumplir, por más esfuerzo que hicieran. Entonces, se realizó un llamado -nosotros le expresamos la inquietud al doctor Baltasar Aguilar en el sentido de que esa norma no iba a poder ser cumplida, que estabamos sobrecargando- al que se presentó un oftalmólogo y un traumatólogo. Actualmente, la designación está en trámite.

Al servicio de pediatría le pedimos que hiciera treinta y seis consulta diarias.

En el Servicio de Medicina general era donde teníamos el mayor problema; había nueve médicos generales que hacían diez horas de Policlínica dentro del Hospital, dos afuera y veían algún paciente que llegaba, además, cobraban retenes de medicina interna. A estos se les planteó el objetivo de que hicieran doce horas de trabajo semanal distribuyéndolo en diferentes ámbitos y de la siguiente manera: dos médicos para el ámbito de hospitalización con un pase de visita diaria. No indicamos directamente quién haría cada cosa, sino que dejamos que se arreglaran entre ellos quién quería desempeñar esa función. Nos pareció que darle continuidad asistencial a un paciente que está internado, está en los manuales de cualquier libro. Ellos mismos eligieron al doctor Giordano y a la doctora Claudia Regueira. Además, se creó una Policlínica de Medicina General diaria no planificada. ¿Qué quiere decir esto? Que para descongestionar en algo la emergencia, el Hospital cuenta con una policlínica de medicina general que funcionará de 8 a 12 y de 14 a 18 horas, donde los pacientes no se anotan para ir; entre los que llegan a emergencia se hace una clasificación y aquellos que no se consideran como tal, los atiende la Policlínica; los que efectivamente son de emergencia, los atiende la Emergencia. La idea era satisfacer la demanda espontánea y descomprimir la consulta en emergencia, para que ésta se pueda dedicar a sus funciones pertinentes. Las horas-médico que nos sobraban

con esta exigencia que teníamos de 12 horas, iban a ser redistribuidas al primer nivel de asistencia, que es el que, como objetivo, debemos fortalecer.

El pago de las horas de retén de medicina -que está en cuestión, se perdieron cargos de medicina y de retén- se distribuyó entre la gente que hacía trabajos, es decir, los dos médicos de Sala que ya lo cobraban que eran Giordano y Regueira. Esto permitía que la doctora Regueira solucionara una situación funcional, ya que habitualmente estaba como médico de emergencia pero le pasaba la plata para que otro hiciera la guardia por ella y, por otro lado, percibía dinero por el tema de retén. Esto servía para que la emergencia financiera las guardias de la quinta semana y las licencias que a veces no se planifican. Teníamos siete cargos que abarcaban veintiocho días lo que generaba problemas cuando habían quintas semanas y licencias. Por tanto los médicos de emergencia serían quienes cumplirían la función de valorar a los pacientes en situación de descompensación cuando los médicos de sala no se encontraran. Creo que es la forma habitual de trabajo en hospitales públicos y privados.

En cuanto al servicio de emergencia, se reorganizó el Servicio de Ambulancia Especializada, asegurando la presencia oportuna de médicos para dotarla de la capacidad operativa adecuada a su función. Hace un rato manifestábamos que hasta octubre íbamos a tener una situación de riesgo en cuanto a que se anotaba una lista de retén y al primero se lo llamaba. Si no estaba ése, se seguía con el otro, pero como en nuestro pueblo muchas veces no tenemos demasiados médicos generales anotados, se pasaban muchas horas sin traslados. Por tal motivo manifesté que a partir de octubre como esto tiene una financiación aparte, esta situación de riesgo no va a continuar. Se pagará una guardia de retén por día, y esa persona tendrá que estar presente dentro de la ciudad y contar con un celular por si la situación es crítica y tiene que trasladarse con el paciente. No cumplen con el total de la carga horaria asignada; a pesar de ello estamos gestionando un aumento de las policlínicas de ecografía. Como decía, tenemos horas asignadas hasta febrero: de eso es de lo primero que se quejan en la radio. Los médicos que están ahí no quieren hacer esa tarea, inclusive han protestado porque dicen que no está dentro de su cargo -entendemos que no es así- y a partir de la semana que viene, traeremos una imagenóloga radicada en una ciudad cercana para que nos ayude a sacar esa situación adelante.

Entonces, se convino lograr todos estos objetivos antes de fin de año. Todos lo que nosotros planteamos, está dentro de las metas que según el Ministerio deberíamos alcanzar en el Presupuesto Quinquenal 2006-2010 como unidad ejecutora. No lo hicimos fuera de un marco legal institucional ni de la planificación del Ministerio. Adviértase que, como administrador, tengo que organizar las actividades para responder a la meta que el Ministerio me plantea.

¿Cuáles fueron las situaciones personales de mayor conflictividad que se produjeron por todas estas medidas que tomamos? Después de múltiples notificaciones, avisos, publicaciones de decreto -verán que son abundantes-, se hizo una observación por escrito -esto es parte de la detonación de todo este conflicto-, y si bien los colegas tal como lo expresaron acá, consideraron que no fue una medida pertinente, empezaron a firmar, a excepción del doctor Fernández.

A su vez, varios médicos plantearon su dificultad para cumplir con un régimen de diez a doce horas semanales, a pesar de tener la posibilidad de elegir el horario. Nosotros les decíamos que cumplieran ese horario donde quisieran, dentro del hospital, en la policlínica diaria, en la policlínica periférica. No obstante, todavía no hemos podido hacer cumplir a todo el mundo; en ese sentido vamos despacio para llegar a la meta.

Por su parte, el doctor Cardoso plantea no poder cumplir con las nuevas actividades planificadas, teniendo en cuenta sus múltiples funciones en otra institución -ya que es el médico Director técnico de COMERO-, y que pretende seguir desempeñando el cargo de médico consultante de pacientes críticos. Ante ello se le informa que dicha función, que desempeñaba a veces junto al doctor Rosso -la persona que vino acá-, no estaba considerada como prioritaria para el hospital. El CTI al cual el hospital deriva sus pacientes -y paga por ese servicio- es de COMERO, institución privada que queda a tres cuadras de distancia. Entonces, frente a otros problemas del hospital, y teniendo en cuenta todo lo planificado, me parecía que cumplir un horario en ese servicio no era prioritario.

Además, el doctor Cardoso planteó que al adoptarse la medida de las guardias de retén, él quedaría por fuera y que eso le implicaría un daño. Entonces, se decidió en forma conjunta que se tomara la licencia reglamentaria pendiente y que luego se adoptaría una decisión acerca de la continuidad en su cargo. Es así que se le ofreció una solución fuera del marco normativo -no debería haberla ofrecido, pero de hecho lo hice-: que se consiguiera un médico que cumpliera con sus funciones y que él le pagara el sueldo, hasta que

se pudiera solucionar la situación, en función de que habíamos presentado la idea de algún proyecto al Ministerio, en el sentido de que fuéramos centro regional en algunas áreas, como traumatología, cirugía de tórax y cirugía vascular. El hecho de establecer en Rocha un centro regional para esas áreas, implicaría un desarrollo tanto en la actividad pública como privada, teniendo en cuenta que COMERO tiene el CTI, por lo que también resultaría beneficiada. Para el hospital, esto implicaría reorganizarse y dotarse de una estructura más compleja, para lo cual seguramente íbamos a precisar de un área de cuidados intermedios. Entonces, si los pacientes iban a estar coordinados, quizás surgiría una nueva función para ello, pero por ahora, en función de la situación del hospital, no teníamos otra posibilidad.

Aquí está la constancia de la marca de tarjetas de todos los médicos. Algunos médicos como forma de protesta marcan solo la entrada, pero no la salida. En fin, si bien ha sido una situación que hemos intentado conducir lo más suavemente posible, el malestar se fue generalizando.

Con fecha 1º de setiembre, COMERO notifica al doctor Rotela la decisión de que a partir del 21 de setiembre los anestesistas de dicha institución no podrán realizar guardias de retén simultáneamente con el Ministerio de Salud Pública. Dándose cuenta de la gravedad de la situación, el colega notifica al jefe de cirugía del hospital, quien a su vez la traslada a la Dirección. Entonces, teniendo en cuenta que no se había comunicado formalmente tan importante decisión, se acuerda una reunión entre el Director del Centro Departamental de Salud Pública, el Coordinador Departamental de ASSE, quien habla -como Director del Hospital de Rocha- y las autoridades de COMERO. En esa instancia nos recibió el propio doctor Cardoso.

Como no nos habían comunicado nada, la idea era saber por lo menos cuál era el alcance geográfico y qué disciplinas médicas involucraba esa decisión. En la mencionada reunión se nos informa que la medida abarca la ciudad de Rocha y las disciplinas de anestesia, cirugía y ginecología y que la decisión fue tomada en función de una mejor calidad asistencial para los usuarios de COMERO. Por nuestra parte expresamos la preocupación por lo perentorio de los plazos y lo complejo de reclutar colegas para desempeñar esa tarea, ya que el 50% de las guardias de ginecología y el 30% de las de anestesia son realizadas por médicos que no residen en la ciudad. Puedo asegurar a los señores Diputados que es bastante difícil radicar médicos en Rocha.

Por otra parte, hablamos del compromiso al que se verían expuestos los médicos ante esta medida, y reflexionamos en conjunto sobre si esto implicaba un conflicto interinstitucional COMERO-Salud Pública, porque hasta ese momento no había existido ningún problema, independientemente de la imposibilidad de cumplir con el horario planteada por el doctor Cardoso. Cabe aclarar que el doctor Cardoso siempre nos ha atendido muy bien y en todas las reuniones que hemos mantenido, el tono ha sido por lo demás cordial.

Entonces, llegamos a la conclusión de que COMERO no tenía la intención de visualizar esta situación como de conflicto. Es más: el doctor Cardoso nos expresó que si se presentaba una situación de urgencia, su institución brindaría apoyo, asistiendo a los usuarios que fuera necesario. Esta postura fue compartida por ambas partes en diferentes medios de comunicación; he traído algunos vídeos y cassettes donde se recopila esto. Tanto por nuestra parte, de los jerarcas del Ministerio de Salud Pública, como del doctor Cardoso, no se advertía una situación de conflicto, por lo menos, hacia afuera. Hacia adentro sí se sentía que la situación estaba tensa en función de las medidas administrativas adoptadas por el Ministerio.

Ante esto, se consultó a los jefes de servicio involucrados, quienes informaron que en cirugía, el doctor Carlos Tarabochia aseguraba su compromiso de realizar las guardias de retén junto al doctor Píriz; seguramente, luego tendremos que ver cómo podremos cubrir las licencias. Por su parte los anestesistas, a excepción de Rotela, comunican en forma verbal y escrita que no realizarán las guardias de retén en exclusividad por motivos personales o económicos. Por ese motivo, manifiestan que presentarán renuncia a sus cargos de guardias de retén, porque al no poder trabajar en los dos lugares, no les conviene venir a la ciudad solo para eso. Téngase presente que el sueldo para la guardia de anestesistas es de $ 36 la hora, o sea $ 700 en Salud Pública, cuando en Montevideo en general se está pagando unos $ 3.000 el día de anestesia.

Por su parte, el jefe de ginecología renunció a la jefatura y a la guardia de retén, continuando con el desempeño habitual de su cargo. Los ginecólogos, con excepción de las doctoras Casella y Correa y del doctor Castro, comunicaron en forma verbal y escrita su decisión de no realizar guardias de retén, en función de que no viven en la ciudad y que se les dificultaría venir otro día exclusivamente para trabajar en Salud Pública, teniendo en cuenta lo que aquí se les paga. En el caso del doctor Grezzi, no alegó motivos.

Actualmente estamos realizando gestiones orientadas a captar profesionales, especialmente ginecólogos y anestesistas, dando prioridad a médicos rochenses para el desempeño de la guardia de retén, habiendo logrado hasta ahora una nómina de candidatos para cubrir casi todos los cargos en ginecología. La situación más dificultosa ocurre con los anestesistas por los bajos salarios que se pagan en esta unidad ejecutora que, como dije, son de $ 36 la hora. Hemos realizado gestiones con el doctor Baltasar Aguilar para que eso se elevara a unos $ 70 la hora, a fin de captar anestesistas. De hecho, a alguno que ha renunciado, si se aumenta ese dinero, le valdrá le pena venir desde Castillos para cumplir con esta tarea.

En cuanto a otras situaciones, es difícil que el doctor Néstor Fernández, que es el traumatólogo -una persona muy querida por todos y también por quien habla-, cumpla con cualquier medida disciplinaria: persiste en la actitud de no marcar tarjeta. Entonces, se le otorgó una licencia reglamentaria que solicitó. Como yo lo conozco desde antes, lo llamé para hablar unas diez veces con él. También hablé con el traumatólogo que tiene más antigüedad en su función, quien alguna vez va a hacer una guardia al hospital, y con los compañeros de trabajo. O sea que puedo decir que no me han faltado instancias de contacto con él. Una vez que vino, le planteé que independientemente de lo que fuera a hacer, le daría la licencia reglamentaria, por lo menos, para sacarlo de la omisión de no marcar tarjeta y para que pensara con mayor tranquilidad. Ante esa negociación personal, el doctor Néstor Fernández empezó a trabajar nuevamente en el hospital, siempre insistiendo en que no va a marcar tarjeta. De hecho traemos documentos que prueban cuáles son los días en que fue a trabajar y qué pacientes ha visto.

La otra situación que teníamos fuera de las guardias de retén es la de la doctora Verónica Riet, quien también presentó renuncia a su cargo. Esto lo incluimos dentro de las situaciones personales, porque ella planteó su malestar por el mal clima general que existe -es obvio que así sea- y porque no había sido considerada, en tanto era la hija del Intendente y estaba a cargo del primer nivel de atención. La doctora Riet pensaba que durante la gestión habíamos tratado de destruir todo lo que la Intendencia había hecho en el mencionado primer nivel -que dicho sea de paso implicaba muchos recursos- para dejarlo caer a cero. Yo le expliqué que nosotros no teníamos la misma visión, que no teníamos un desconocimiento de su función y que, de hecho, cuando se realizaron los nuevos contratos con los médicos, dadas las restricciones económicas de la Intendencia, muchos de ellos quedaron afuera. Entonces, el doctor Amorín consideró que si ella quedaba afuera iba a ser considerado como un problema político y teniendo en cuenta que había desempeñado una muy buena tarea en el primer nivel de atención, pero no se pensaba mantenerla gestionando ese sector, solicitó especialmente que se le otorgaran horas para que no quedara afuera. Cuando yo le brindé todas esas explicaciones, la doctora Riet retiró la renuncia y, tal como figura en uno de los documentos que he entregado a la Comisión, continúa marcando la tarjeta.

En tanto, el doctor Carlos Mengotti, que es el otro pediatra que había renunciado, vino a hablar especialmente conmigo, diciendo que lamentaba que tuviera que tomar decisiones en esta instancia tan agitada, pero él estaba haciendo el posgrado en neonatología.

En cuanto a los objetivos logrados, debo decir que las policlínicas se realizan a partir de la hora 8. Los usuarios pueden anotarse para los servicios de policlínica, cualquier día entre las 8 y las 18 horas. Los casos de pacientes de emergencia se resuelven oportunamente, según su gravedad, y para las consultas de policlínicas no programadas no hay una espera mayor de dos horas. Asimismo, se aumentaron las consultas de medicina general de 4.421 en los meses de junio y julio a 5.697 al instalar estas policlínicas de ocho horas. Eso implica que había una existencia de demandas insatisfechas que no podíamos cubrir ya que la gente tenía que venir a emergencia y esperar seis horas para ser atendida; algunos se iban. Ahora, la espera ha disminuido y ha aumentado el número de consultas. Además, estamos en un pico zafral y, por tanto, aumentan las consultas de policlínica.

Como he comentado, a partir del 2 de octubre hay un calendario de médicos de retén real; el servicio de hospitalización de medicina funciona satisfactoriamente, realizándose una visita diaria; el registro de historias clínicas ha mejorado notablemente la oportunidad de las altas y disminuyendo el número de ingresos, a pesar de estar en un período en el que estos aumentan. Esta disminución de los ingresos -aquí tengo los documentos que lo comprueban- que parece ilógica, se debe a que hay visitas diarias y se da un alta oportuna, y solo dan ingresos los médicos que están encargados de las salas. Antes cualquiera realizaba ingresos, inclusive, era frecuente autorizar ingresos por teléfono, con lo que existía una cantidad de ellos injustificados que implicaban una muy mala utilización de las camas, que en el servicio de medicina nos resultaban escasas.

Sabemos que las exigencias que planteamos generaron malestar. Estamos manejando una tabla que va a quedar acá, con toda la documentación que traje. Con las exigencias que hoy estamos aplicando, los médicos están trabajando trescientas sesenta de las ochocientas sesenta y cuatro horas que correspondía, y el pago por hora médica en medicina general es de $ 171. Recuerdo a ustedes que esto está por encima de $ 125 que, según tengo entendido, es la meta inicial a la que se propone llegar FEMI con el Ministerio de Salud Pública. Inclusive, luchamos para que la contratación que hiciera Intendencia a los ginecólogos y pediatras estuviera muy próximo al laudo privado. Hoy les paga $ 200 la hora y si se consideran otros incentivos tributarios adicionales se acerca mucho a la actividad privada. Quizá, todas estas medidas hayan generado mucho malestar y falta de comunicación pero, a mi entender, eran necesarias, estaban encuadradas dentro del marco que propone el Ministerio y no planteábamos exigencias por fuera de lo acordado. Inclusive, si redondeamos en $ 125 la hora, tendríamos que exigir más trabajo al primer nivel de atención. En realidad, he parado un poco la mano porque, de lo contrario, el grado de conflictividad va a seguir aumentando. Para nosotros el conflicto viene planteado de esa manera.

Por ahí se ha dicho que nosotros cerramos las puertas a la posibilidad de comunicación con los médicos y que eso estaba en los anales de cualquier manual de mala administración. Puedo asegurar que no es así. Hay dos instancias diferentes. Como ya mencioné, mi idea era respaldar a los jefes del servicio para que se encargaran de cada uno de los médicos que tienen a su cargo. Por ejemplo, antes venía un médico a la ventanilla y decía: "Mirá que la semana que viene no vengo" o "Para la semana que viene dame quince números o dame diez". Y esas resoluciones no se las comunicaban a nadie. Las licencias las firmaban y las tiraban para adentro del Departamento de Personal.

No me parece necesario abundar más en este tema, pero digo esto para que tengan idea de la situación. Entonces, me parecía necesario establecer un orden claro. Todos los días hablo de situaciones personales con los médicos, pero cada vez que vienen a plantearme una situación que tiene que ver con el servicio, que implica una medida con el jefe de servicio yo le digo: "No; si a ti te parece grave, vienes con el jefe de servicio y hablamos los tres". Si yo no respaldo a mi jefe de servicio, es muy difícil sacar adelante una institución que está aplicando ineficientemente los recursos. No ha existido de mi parte intención de cerrar las puertas.

Cuando ingresé en el Hospital recibí a las doctoras Nancy Sena, María Inés Delgado y Sobrado -a dos de ellas las conozco muy bien- en una reunión amena y cordial y les dije que estaba a las órdenes. Hasta el día de ayer nunca fui llamado a la Asociación Médica para ninguna reunión. Inclusive, cuando salió esta publicación en el diario, me asombró el planteo, entonces les pasé un fax -para que estuviera el registro- diciéndoles lo mismo: "Tuvimos una reunión muy amena. Estoy a vuestras órdenes". La doctora Nancy Sena vino ayer y me propuso reunirnos hoy, pero le expliqué que debía venir aquí, a la Comisión de la Cámara de Diputados, por lo que tenía un trabajo importante, ya que lo que planteara debía ser respaldado con documentación.

Tengo aquí un informe que se me entregó a último momento, del doctor Ravera, que es el Jefe de la emergencia. Se puede plantear que el Director afirma que esos fueron los cambios, que sirvieron de algo para el Hospital y que hay un mejor funcionamiento. Debido a que se me ha pedido que redondee mi exposición no voy a leer el informe pero lo dejo como documento Nº 14 en función de que haya otra visión acerca del asunto en cuanto a lo que es estrictamente el tema del funcionamiento.

Para mí esta es una situación compleja. Cada vez que hemos ido a COMERO, y nos recibe Cardoso, hablamos en forma muy cordial; por ejemplo, ayer fuimos con el doctor Amorín para coordinar lo relativo a las emergencias. Inclusive, cuando salimos a la prensa debido al conflicto interinstitucional planteamos que no había problemas, pese a que la situación nos parece complicada, sobre todo porque los plazos son muy perentorios. Se nos explicaban razones técnicas según las cuales el hecho de que un anestesista esté en dos lugares implicaba un riesgo y que usuarios de COMERO podían ser perjudicados. Tal vez tengan razón, pero no vemos la cantidad de urgencias. De hecho, las intervenciones quirúrgicas de urgencia en el Hospital llegan al 40%, y muchas veces porque se urgentizan en función de los horarios. Creo que ellos tenían el mismo problema, es decir, el 50% eran de coordinación y el 50% de urgencia y, por lo tanto, estar en los dos lugares distorsionaba el servicio, sometiendo a los pacientes a una situación de riesgo, y que eso, por más que lo han intentado, no lo han logrado cambiar.

En realidad, me llamó la atención cuando se hizo el planteo con respecto a la Asociación Médica, porque hace ocho años que ejerzo en ese lugar y si bien no trabajo en COMERO, no he tenido mayores conflictos con nadie. La doctora María Inés Guerrero vino acá, era Jefa del servicio de La Paloma y la he visto varias veces; con la doctora Nancy Sena tengo una relación personal pero, de todos modos, nunca se nos planteó el tema institucionalmente. Inclusive, en algo tan grave, que está vinculado a nosotros, COMERO tampoco nos llamó institucionalmente para decirnos que habría problemas.

SEÑOR CARDOSO (don José Carlos).- No voy a hacer consideraciones sobre lo que se ha expuesto; tampoco las hicimos en el momento en que la Gremial Médica de Rocha hizo las denuncias acá, sino que simplemente hicimos algunas preguntas. Quiero formular algunas preguntas al doctor que acaba de terminar una extensa e importante exposición.

Yo quise hacerle una pregunta en el momento en que estaba haciendo uso de la palabra porque estaba presentando una situación en la que la relación entre los médicos y los pacientes del hospital era absolutamente anárquica. Supongo que una anarquía del nivel que usted planteó debe haber generado problemas en los pacientes y en los ciudadanos que se atienden en Salud Pública y efectos medidos, o no medidos, sobre la población del departamento que se atiende, específicamente, en este Centro. Entonces, quisiera saber si existe una investigación, si usted puso en marcha un mecanismo que determine claramente responsabilidades. Varias veces dijo "sin hacer referencia puntual a nadie". Entonces, supongo que debe haber un marco de investigación. Esa era mi primera pregunta.

Más allá de todas las explicaciones que usted acaba de dar tenemos un conflicto; creo que usted lo reconoce y lo ha dicho en reiteradas oportunidades. ¿Usted tiene alguna iniciativa para coadyuvar lo que se planteó en esta Comisión, lo que planteó el Presidente de FEMI, lo planteamos nosotros y, supongo, que lo que plantea Salud Pública, para salir de este nivel de enfrentamiento y volver a un cauce de entendimiento entre la Gremial Médica -que según su propia documentación involucra al 90% de los médicos de Rocha- y la Dirección del Hospital que permita un nivel adecuado de relacionamiento?

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Con respecto a si existen documentos en cuanto a la situación anárquica, quiero decir que todos los anexos que he presentado son documentos oficiales, que tienen mi firma. En cuanto al tiempo que estaban adentro del Hospital; obviamente como no marcan tarjeta no tengo registro. Yo pedía a los enfermeros que me anotaran la cantidad de horas que estaban en cada situación, para poder tener una idea. Inclusive, he sido bastante bondadoso al poner los horarios que cumplían, especialmente, con el servicio de medicina que es en el que hay más dificultades. En los otros servicios no hay mayores problemas. En el servicio de medicina se presentan más problemas porque tiene ocho o nueve médicos que, muchas veces, forman parte de un bolsón de premios, al que a veces se accede por la trayectoria. ¿Qué quiero decir? Generalmente, cuando el médico ingresa a trabajar en el Hospital, se lo asigna a la emergencia, allí hace años, y a determinada altura de su vida va a trabajar a medicina, cumple unas horitas de policlínica y se terminó. Entiendo que esa es una situación extraña. Soy administrador de un hospital, tengo recursos humanos para manejar, pero tengo determinada cantidad de horas médico y las tengo que aplicar. No quiero dar nombres por respeto a los colegas por los que siento afecto -pese a no tener un gran vínculo- ya que son personas de mucha trayectoria. A veces, tienen otros trabajos, en lugares importantes, relacionados a gestión o dirección y sé que lo que les estoy exigiendo es muy difícil para ellos.

Yo no veo otra opción: tengo nueve médicos de medicina general y son los que deben realizar ese trabajo. Ya les he entregado la documentación que confirma lo que estoy diciendo.

No sé si la situación era anárquica, pero la estaban sufriendo los usuarios. El señor Diputado José Carlos Cardoso vive en Rocha y debe conocer el tema. Hay situaciones que debido a la escasez de recursos no podemos resolver y, por supuesto, estamos buscando esos recursos. Sin embargo, hay otras cosas que con los propios recursos del Hospital sí se pueden hacer. Como ya lo dije en otra oportunidad, cada vez que veía a una madre ir a las seis de la mañana con un niño chico a una policlínica se me partía el corazón. No era una situación deseada ni necesaria.

En cuanto a cómo salimos de esto, creo que fue bueno que viniera la Asociación Médica. Inclusive, más allá de que me resulte un ámbito extraño, hoy yo vine con alegría. No entiendo la disociación que se produce entre lo que se habla con los actores y todo lo que después sale en la prensa o las dimensiones que toman las cosas; hay algo que no cierra. Como las caras son las mismas, en una reunión pedimos al Director Departamental de Lavalleja, Gregorio Martirena, que fuera a Rocha; le planteamos al Director Técnico,

doctor Cardoso si aceptaba la mediación. Ahora, se trata de una mediación en un conflicto que no sé cuál es. En realidad queríamos una tercera persona que estuviera allí sentada, que midiera la realidad y dijera cuáles son los problemas.

Nosotros planteamos justamente esto a COMERO, en una reunión de ayer, cuando fuimos a coordinar en función de un planteo que ellos nos habían hecho, respecto a si teníamos problemas asistenciales con los usuarios. Les dijimos: vamos a traer a alguien y vamos a sentarlo en una mesa para ver cómo seguimos para adelante. Planteamos que no podíamos tener al pueblo todos los días tocando los tambores por los problemas con los médicos; lo único que estamos haciendo es enloqueciendo a la gente. pensamos en alguien de afuera. Se lo planteamos al doctor Cardoso, quien estuvo de acuerdo. La Asociación Médica me dijo de hacer una reunión, y creo que puede ser un camino. Si no se liman las asperezas en esa oportunidad, creo que la participación de los señores Diputados puede resultar muy valiosa.

Esta situación ha tomado una dimensión que no debería. Ahora bien, por todo este mecanismo de presión no puedo apartarme de lo que dije que haría, objetivos que documenté debidamente, porque de otro modo se frenaría la aplicación de los programas. A los diez días de asumir, me reuní con todos los funcionarios médicos que concurrieron a la reunión -siete u ocho personas- para explicarles cuál era la visión hacia el futuro y para decirles que esperaba su acompañamiento. De todas maneras, hay una situación que va a seguir molestando. El marcado de la tarjeta les ha caído muy mal. El doctor Rosso manifestó que era un simple problema burocrático y yo lo único que hago es cumplir con las normas. La exigencia de los horarios demuestra cuánto implica el trabajo que hacen y cuál es el monto por hora, que está bastante por encima de lo que acordó la FEMI con el Ministerio. No puedo hacer otra cosa. Me planteo si todos estos tambores son para que se frenen las reformas. Creo que no es bueno.

Habría que poner algún otro actor, como el que propusimos, para que haya un escucha entre medio y un registro vivencial, es decir que no quede palabra contra palabra.

SEÑOR CARDOSO (don José Carlos).- Entiendo la respuesta.

Hoy es 21 de setiembre y en la comparecencia de la gremial médica se habló mucho de esta fecha. Se dijo que era el momento coyuntural -en algún momento en la Comisión lo relativizamos un poco- para las medidas que planteaban un nivel más fuerte de enfrentamiento, referidas a ese anuncio que se había hecho y a una situación similar del personal no médico del Hospital de Rocha Entonces, ya que es la fecha en la que se anunció que podía haber un problema, ¿en qué situación estamos?

SEÑOR RODRÍGUEZ.- Se trata de dos asuntos diferentes.

Con respecto al 21 de setiembre, la fecha figura en el documento, y tiene que ver con lo que relaté cuando estábamos hablando con ellos. Quizás, la medida pudiera estar fundamentada desde el punto de vista técnico, pero no es nuestro problema objetarla porque es totalmente unilateral de parte de COMERO. Yo tengo que gestionar mi Hospital. Ha habido diálogo en función de cubrir lo más grueso, que es lograr que no quede gente sin asistencia.

Ayer, en una reunión con los doctores Cardoso, Amorín, Figueredo, Corrales -me pareció bueno que hubiera más gente-, establecimos los mecanismos por si surgía una situación de emergencia. Eventualmente, como el primer día que plantearon eso yo tenía que estar acá -en Cirugía y en Ginecología había retenes para hoy; en cambio, no había anestesista-, hicimos intensas gestiones para que algún colega se hiciera cargo, para que no se aprovechara la situación de que todos los jerarcas estábamos acá y hubiera una situación de riesgo. Más allá de esto, COMERO planteó que no había problemas, que a los pacientes quirúrgicos había que llevarlos a COMERO para realizarles los tratamientos debidos y que después se arreglaría con Salud Pública.

En cuanto al planteamiento del personal, debo decir que es algo que me ha llamado tremendamente la atención. En ningún momento hemos determinado que las personas que trabajan deben hacerlo en un lugar o en otro; no hay documento alguno al respecto. Lo que sí planteamos es que mucho personal de Enfermería tiene licencias adeudadas desde el año 2002, que si no la toma la pierde; también tiene días libres adeudados. Entonces, se empezó a correr la voz de que la mayor parte de la gente que trabaja siempre en el hospital -inclusive lo creía la Federación de Funcionarios de Salud Pública; tengo en mi poder documentos que demuestran que no es así y puedo proporcionarlos a la Comisión- es la última en tomar licencia. Por tanto, se planteó cómo manejar la política de los recursos humanos. Respondí que me parecía bien que se planificaran

las licencias de la gente que las tiene más atrasadas para los próximos seis meses, de manera que no la pierdan.

Si miramos el cronograma, notamos que no es el planteamiento de la gente de COMERO, que era a la que se referían. No entiendo por qué le llegó ese comentario a la gente. Lo que sí dijimos es que a veces no tenemos muchas herramientas de gestión y que a aquellas personas con faltas injustificadas, con licencias médicas sobre las que no pudiéramos ver claramente su significado, se les coordinaría primero, y después, si trabajaban en otro lugar, se arreglaran en el otro lugar. De lo contrario, no tendríamos ningún elemento de sanción. Desde que entré a la gestión hasta ahora, eso nunca ha sido necesario.

Hay muchos funcionarios angustiados por esa situación. El Ministerio nunca planteó eso, como tampoco la unilateralidad del trabajo por lo relativo a las guardias de retén. No tenemos ningún documento al respecto, ni lo hemos señalado en los medios de comunicación. Nos ha resultado muy difícil apaciguar a la gente porque cree que se van a tomar medidas. El Sistema Nacional Integrado de Salud es un camino que todos pensamos que hay que construir de a poco, lentamente y hacia delante, pero a veces se comunican mensajes erróneos.

Reitero que esas situaciones administrativas no van a implicar ningún grado de discriminación para los funcionarios de esa institución. Además, pensamos que no corresponde.

Vi los documentos que se presentaron pero no noté que estuviera justificada la fuente de esa información.

No sé si de esta manera respondo las preguntas que me hicieron.

SEÑOR PEREYRA.- La mayoría de los Diputados que estamos presentes somos del interior del país y sabemos que cuando se generan situaciones que pueden ser conflictivas en la salud, inmediatamente en la población surge una gran preocupación. Como habitantes del departamento, entendemos que la mejor manera de encontrar una solución a este proceso que se ha planteado públicamente en las últimas dos semanas, es generar instancias de diálogo. Tomamos la palabra del Diputado Cardoso en la sesión anterior de la Comisión, en cuanto a generar las instancias necesarias para analizar las dificultades que pudieron haber existido.

Tengo que hacer una apreciación obligada. En la documentación que se entregó a esta Comisión por parte de la Asociación Médica -deseo que quede constancia de ello en la versión taquigráfica- aparece mi nombre como Diputado del departamento siendo parte del anuncio sobre el nuevo Director del Hospital de Rocha en el mes de junio.

Cuando la semana anterior terminó la reunión de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, hicimos contacto con las autoridades de FEMI. Inclusive lo comenté a los propios Diputados de la Comisión. El día lunes, personalmente tuvimos una reunión con la Dirección de la Asociación Médica, en la cual pedimos que se nos aclarara si lo que figura en este documento -ilustrativo para los miembros de la Comisión- efectivamente es así y pedimos que lo documentaran. Se me dijo verbalmente que ninguno de los tres que estaban presentes -la Secretaria, la Presidenta y el propio doctor Rosso- había escuchado mis declaraciones a raíz de lo que podía haber sido un nuevo nombramiento del Director, que eso se planteó en la asamblea y que quedó como un documento.

Siento la obligación de hacer estas aclaraciones por la trascendencia que ha tenido este tema y básicamente porque el nombramiento del Director del Hospital de Rocha fue el que más se desarrolló en la Comisión, ya que generó una de las mayores situaciones de incomunicación con las autoridades de salud.

En esa reunión me quedó claro que no fue esa la voluntad de las autoridades de la Asociación Médica y que no existe esa afirmación de anuncio del nombramiento de un Director por nuestra parte. Quiero que quede constancia expresa de esto en la versión taquigráfica.

Por otro lado, el título del diario de Rocha del día de hoy está relacionado con el sentir de la gente en cuanto a cómo se pueden canalizar los problemas que están ocurriendo en la salud. El diario dice que los Diputados del Gobierno no descartan cambios en las autoridades locales si el conflicto no se soluciona. Además, señala que asuntos familiares y competencias de actividades privadas sobrevuelan el conflicto de la salud pública de Rocha. Esto no contribuye a tener una instancia de diálogo para tratar de resolver los problemas. El título que aparece en el diario es parte de la versión taquigráfica de la Comisión, donde nada de eso se dijo; ningún

Diputado del Gobierno dijo eso en la Comisión. Además, no es nuestra competencia sino que es de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

Insisto en que esto quede expresamente aclarado porque es importante. Esta Comisión cumple el gran papel de tratar de bajar las revoluciones al tema para poder conversar y buscar las soluciones que todos queremos: que la asistencia a la salud sea la mejor para la población, no solo en el departamento de Rocha y en este caso porque se haya generado un conflicto.

Voy a plantear algunas inquietudes. Una de ellas está relacionada con expresiones que se plantearon en la Comisión. Este tema no puede quedar con sombras. Voy a decir textualmente lo que se planteó acá. Ante la posibilidad de que hubiera conversaciones entre las jerarquías de COMERO y las del Ministerio, cuando esa Cartera se enteró de la decisión de esa institución de no admitir guardias en simultáneo, se respondió que se trataba de cirugías, de anestesia y de gineco-obstetricia y que a partir del 1º de octubre se agregarían las otras especialidades

Las autoridades de salud del departamento, al enterarse de cuáles eran las guardias que podían estar implicadas en esa decisión, agradecieron y se retiraron, lo cual mostró la falta de diálogo o negligencia ante esa decisión, por parte de las autoridades de salud.

Por otra parte, me pregunto si efectivamente se perdieron cargos médicos y si está en riesgo la pérdida de cargos no médicos, básicamente en el Hospital de Rocha.

SEÑOR RODRÍGUEZ.- No se han perdido cargos médicos. A los retenes de Medicina -tal vez fue tedioso que lo contara, pero me parece que son parte de la historia- habitualmente les corresponden tres sueldos que se dividen entre cinco colegas; en función de que la emergencia es la que va a cubrir eso y de esos cinco colegas dos quedaron afuera, lo demás se distribuyó entre los médicos de sala que eran los que ya estaban cobrando. Por tanto, reitero que no se perdieron cargos; hubo un cambio de retribuciones. Habitualmente no hay una retribución fija; quien desempeña la función es quien cobrará porque el precio está fijado por hora, y es de $ 36. En cuanto al resto de los cargos no médicos no se han perdido; algunos funcionarios se han jubilado; hubo una persona o dos que estaban por Comisión de Apoyo y han sido cesadas por un cumplimiento que no era el adecuado. Esa plata queda allí y se irá reasignando a otras personas que cumplan con esa función.

Estamos a la espera de la resolución del Ministerio -a veces todo esto es un poco lento- para que se asignen los cargos de traumatólogo y oftalmólogo, lo que para nosotros descomprimiría la situación.

SEÑOR AGUILAR.- En cuanto a la inquietud planteada por los Diputados de Rocha sobre la posible pérdida de cargos médicos, prácticamente podemos dar la seguridad de que no solo en el Hospital de Rocha, sino en el resto del departamento, no se van a perder cargos médicos. De hecho, eso no ha sucedido en ningún departamento del país. Es más; en este momento hay dos cargos que se están tramitando para Rocha mediante un llamado abierto a aspirantes. Tal como establece la Comisión de Apoyo, la adjudicación se hará por un tribunal en el que participa un delegado de la propia Comisión, uno de ASSE y otro de FEMI. Eso se encuentra en proceso y pensamos que los dos cargos van a estar operativos a partir del mes de octubre.

Por otra parte, estamos pensando en dotar a las unidades asistenciales del departamento de Rocha de aquellos cargos médicos y no médicos que necesiten para el mejor cumplimiento de su función. Ese es un proceso

que hemos llevado a cabo en algún otro departamento y que tenemos a estudio para el caso de Rocha.

Finalmente, quiero decir que esta reunión me ha parecido extraordinaria, porque a nosotros nos ha permitido interiorizarnos de vuestras inquietudes y ustedes han escuchado nuestras respuestas. Es importante destacar que de aquí en más se abre un proceso de acercamiento para resolver esta conflictividad, en el cual no solo van a colaborar los Directores del departamento de Rocha -con mucho gusto aceptaremos la participación de los Diputados del departamento-, sino también los niveles centrales del Ministerio de Salud Pública. En ese sentido, en la medida de mis posibilidades, comprometo toda mi colaboración para lograr ese entendimiento.

Muchas gracias.

SEÑOR OLANO LLANO.- Quisiera hacer una pequeña consideración que no tiene que ver con este hecho puntual, pero que con seguridad compartirán los colegas, así como nuestros visitantes.

El desempeño de la función de los médicos en Salud Pública se ha ido distorsionando y enrareciendo paulatinamente en un proceso de muchos años y debido a distintos factores. El problema del bajo salario de los médicos de Salud Pública en Rocha, sucede en todo el Uruguay, sobre todo en especialidades médicas. Asimismo, el no cumplimiento de las horas asignadas es histórico y no ocurre solamente en ese departamento. Todos hemos escuchado decir que, en definitiva, si se analizara la cantidad de horas que está el médico en el hospital y lo que se le paga, quizás se concluiría en que la hora médico no es tan baja como uno cree.

Entonces, hay muchas cosas a reestructurar y es preciso ir paso a paso para no caer en situaciones que pueden estar dentro del marco de la legalidad pero que resulta difícil resolver con justicia pues se han ido gestando durante mucho tiempo. Probablemente, si la aplicación del sistema de las tarjetas -que está utilizando el señor Director del Hospital de Rocha- se empleara en todo el país, este tipo de problemas se generarían en la totalidad del Uruguay.

Alguna vez hemos pensado que quizás con menos médicos, más salario y cumpliendo el horario debido, los médicos estarían más conformes y se desempeñaría mejor la función. No estoy diciendo nada nuevo, pero sirve para que quienes nos visitan se lleven la idea de que no están hablando de algo extraño para nosotros. Sabemos de las dificultades que existen para resolver estas situaciones, por lo que en definitiva hay que apelar al sentido común. Quizás, de repente con la intención de resolver con la mayor justicia una problemática gestada hace muchos años -también hay justicia en el reclamo del otro lado-, en vez de solucionarla, nos apuramos un poco y terminamos generando un conflicto que dificulta la situación de la salud de un departamento.

SEÑOR PRESIDENTE.- De más está decir que esta Comisión se encuentra a vuestras órdenes, en caso de que consideren necesario comparecer en este ámbito en otro momento.

Agradecemos la presencia de nuestros visitantes.

(Se retira de Sala la delegación de autoridades de la salud del interior del país)

(Ingresa a Sala una representación de la Asociación Médica de Paysandú)

——La Comisión tiene el agrado de recibir a las doctoras Loyda Ponce y Bettina Cocchi y a los doctores Fernando Bentancor y Gonzalo de León, integrantes de la Asociación Médica de Paysandú.

La delegación cursó una solicitud de entrevista a esta Comisión por irregularidades en que habría incurrido el Ministerio de Salud Pública en expedientes administrativos y en sumarios y sanciones a médicos del departamento. Esta Presidencia consideró que era importante conceder con urgencia esta entrevista.

SEÑORA PONCE.- Acudo en mi calidad de Presidenta de la Asociación Médica de Paysandú, que es la institución gremial que reúne a los doscientos cuarenta médicos del departamento.

Hemos venido a plantear nuestro problema, porque estamos sumamente preocupados por el modo en que ha ido evolucionando este proceso de demandas de supuesta mala praxis y por la repercusión que eso ha tenido en la población, en la relación médico paciente y en la asistencia en general.

SEÑOR DE LEÓN.- En el día de hoy nos convocan denuncias de episodios de presunta mala praxis en el departamento de Paysandú y si bien esta situación no es nueva, desde hace cuatro meses ha tomado un cariz completamente distinto. Aunque siempre ha habido denuncias, las que se han investigado a través de sumarios, tomándose las decisiones necesarias, hoy nos encontramos ante un fenómeno que tiene algunas aristas particulares. La concurrencia de la señora Ministra y del señor Presidente en el mes de abril ha posibilitado que familiares de personas afectadas por presuntas ejecuciones de mala praxis les plantearan la situación en que se encontraban y que, por lo tanto, el Ministerio haya tomado debida cuenta de ello.

Como consecuencia, hemos estado asistiendo a un proceso con algunas características particulares. Ante todo, repartimos carpetas con profusa información de prensa sobre los pasos que han seguido el Ministerio y

la comisión de familiares que se sienten afectados por estas prácticas, lo que ha generado una intervención de los medios que afectó al gremio médico en general.

Vamos a referir a los últimos casos que se han dado, haciendo historia sobre cinco o seis episodios ocurridos. En este momento, el sistema público tiene carencias innegables que conspiran contra la prestación de una buena calidad de asistencia. Ha habido asimismo un deterioro en la relación médico paciente, que obedece a múltiples factores. La sensibilidad de la población ante los problemas de un sistema de salud que ha colapsado, que se encuentra sobrecargado y necesita un cambio en el modelo sanitario dibuja la realidad actual de la salud. Sin embargo, lo que más ha afectado al gremio médico ante la sociedad sanducera es la exposición mediática del Ministerio de Salud Pública en una campaña que más que pretender mejorar la calidad de asistencia, ha colocado a los médicos como el principal factor de distorsión del sistema logrando su alejamiento de la asistencia pública.

Por otra parte, se han producido juicios sumarios que, de acuerdo con la interpretación de nuestra asesoría legal, no cuentan con las garantías correspondientes puesto que no se ha dado a los colegas la posibilidad de presentar descargos; y lo que es peor, sin siquiera haberse iniciado el sumario, diferentes jerarquías del Ministerio estaban declarando a la prensa la existencia de médicos sancionados. Ello ha llevado a que familiares de los presuntamente afectados se dirigieran a las autoridades locales de Salud Pública para saber los nombres de los médicos involucrados. Inclusive se llegó a hacer volantes que alertaban sobre las sanciones a esos médicos.

Hoy venimos a plantear las irregularidades que según nuestra asesoría legal existen en dos denuncias presentadas. Siempre ha habido alteraciones en la asistencia; puede haber algunos errores respecto a los cuales los usuarios tienen derecho a defenderse, pero los señores Diputados deben tomar conocimiento de estos dos casos en los que nuestra asesoría legal ha encontrado irregularidades en su denuncia, que han llevado al cuerpo médico a una situación de intranquilidad que se debe superar para tratar de recomponer la tarea asistencial. Por ejemplo, está el caso de la niña Antonella Sueldo acerca del cual nuestra asesoría legal recomienda que la Comisión Honoraria de Salud Pública se expida como perito pero esta nunca actúa como tal. La Ministra, Presidenta de la Comisión, viola las disposiciones que regulan el procedimiento administrativo y las mínimas normas de las garantías del debido proceso. Se desconoce el artículo 66 de la Constitución en cuanto al derecho de toda persona a defenderse y presentar descargos. La División Jurídico Notarial no ha dado cuenta de que el dictamen de la Comisión era nulo y que previamente debió conferir vista y anularlo, ya que tiene potestades para hacerlo. Por alteraciones en el procedimiento seguido, la investigación administrativa termina convirtiéndose en un sumario administrativo y existe una actuación irregular de la Comisión que tiene que ver con su composición y con la forma en que se producen los fallos.

Por medio de una denuncia efectuada el 15 de setiembre nosotros solicitamos la anulación de la resolución de la Comisión Honoraria en este caso particular que involucra a tres colegas, y que se deje claramente establecido que la Asociación tiene el derecho a exigir que se respeten las normas que rigen el procedimiento administrativo disciplinario que lleva ínsito el derecho del médico a defenderse previo a ser sancionado.

Otro de los casos que nos ocupan es el de la señora Viviana Norbis y nos parece importante recalcar dos aspectos: la doble sanción por un mismo hecho, por el cual se suspende por noventa días el ejercicio de la profesión a una colega involucrada y luego se concluye en que ha perdido la idoneidad moral para el desempeño de la función pública por lo que corresponde dictar resolución tendiente a su destitución. Por otro lado, el Ministerio no remite el expediente para que la colega y su asesoría jurídica sepan por qué la Comisión tomó esa resolución.

Básicamente, nosotros solicitamos que se investiguen los hechos denunciados, las irregularidades jurídicas que conllevan estos dos procedimientos administrativos, que se subsanen las irregularidades en que se ha incurrido, declarando nulo el procedimiento en el primer caso, y considerando las sanciones impuestas en el segundo, comenzando por otorgar a la imputada el derecho a ver el expediente, remitiéndolo al Hospital de Paysandú. Que también se tenga presente que el poder discrecional de la Administración no le permite pasar por alto las formalidades de los procedimientos administrativos, como tampoco imponer sanciones excesivas que no guardan relación con el hecho imputado.

Esto, que puede ser visto como una interpretación nuestra sobre los procesos administrativos de mala praxis, esta basado fundamentalmente en una hoja del expediente que nos acercaron los compañeros involucrados, fechada en Montevideo, el 21 de junio de 2005, y que adjuntamos en la carpeta, donde la División Jurídico

Notarial del Ministerio envía una nota a la Dirección General de ASSE aduciendo lo siguiente: "En cuanto a la resolución dictada por la Comisión" Honoraria "mencionada, la misma adolece de un defecto formal de índole procedimental el cual en caso de que los interesados promovieran acción de nulidad ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo, llevaría al dictado por parte de éste de una sentencia anulatoria y la consiguiente acción reparatoria patrimonial: se llegó a la sanción sin habérsele otorgado a los imputados la posibilidad de defensa (vista previa) que prevé preceptivamente, no solo el artículo 216 del referido Decreto 500/991, sino el artículo 66 de la Constitución de la República".

Nuestra asesoría legal y la División Jurídico Notarial del Ministerio concuerdan en que estos procesos han tenido irregularidades administrativas que conllevan la imposibilidad de la defensa y de hacer descargos por parte de nuestros colegas. Eso ha terminado en sanciones importantes que creemos deben ser revisadas, primero, para salvaguardar las garantías y el honor de los compañeros involucrados y, segundo, para que no vuelvan a pasar en el futuro.

El 23 de junio, hemos tenido una reunión conjunta entre la Comisión de Bioética del Ministerio que concurrió a la ciudad de Paysandú, el doctor Gilberto Ríos y los familiares, en la que se anunció a la población que hay cuatro médicos sancionados. El 27 de junio, la propia Ministra doctora Muñoz salió diciendo en Canal 4 que había cuatro médicos sancionados cuando solo existía un dictamen previo de la Comisión Honoraria de Salud Pública, se estaba en etapa de investigación y todavía no se había iniciado el sumario. Se dio como un hecho que los compañeros habían sido sancionados y eso llevó a un estado de alarma pública que terminó con la confección de un volante que está en una carpeta, y dice: "¡Peligro! Porque usted tiene derecho a saber quiénes son los médicos sancionados". Luego figuran los nombres de los colegas sancionados y debajo dice: "¡Tenga Cuidado!".

A nuestro entender, el Ministerio no ha tenido el debido cuidado con el manejo mediático de este problema y se ha incurrido en faltas en los procedimientos sumarios que se practicaron.

SEÑORA COCCHI.- Durante todo este tiempo, la Asociación Médica se ha preocupado por hacer contacto con la Dirección del Hospital, pidiendo el apoyo para esos colegas presuntamente implicados de quienes en un principio no se conocían los nombres, pero habían salido en la portada del diario local estableciéndose: "Por casos denunciados de mala praxis Salud Pública sancionó a" cuatro "médicos de Paysandú". Hoy, a varios meses, todavía no ha comenzado el sumario a esos colegas.

A partir de ese momento, se solicitó a la Dirección del Hospital el respaldo ante la opinión pública. Después de la celebración de algunas asambleas, el 5 de julio se concurrió a Montevideo a una entrevista con la señora Ministra y la Comisión de Bioética, la que señaló que fue enviada a Paysandú a pedido del Ministerio y aceptó que en ese momento carecía del conocimiento suficiente sobre los hechos y que no estuvo muy feliz al haberse reunido solo con los familiares y no con el gremio médico. En ese momento, se comprometieron a realizar un desmentido público. Por su parte, la Ministra delegó esto a la Directora Departamental de Salud, licenciada Magdalena Espillar. La Comisión de Bioética también quedó encargada de hacer lo mismo. Esto sucedió el 5 de julio; el 1 de setiembre recibimos una carta firmada por el doctor Carlos Gómez Haedo como Presidente de la Comisión de Bioética diciendo que habían ido sin el conocimiento y aclaración necesarios, lo que puede haber contribuido a una mayor confusión, dado que la prensa no brindó la información correcta.

Hoy, tuvimos una reunión con el Director de ASSE, con Tabaré González y con Baltasar Aguilar, que nos brinda un poco de tranquilidad porque aseguran que, junto a la Dirección del Hospital y conjuntamente con el gremio sanducero, saldrán a la prensa cuando puedan ir a nuestra ciudad, para subsanar todo el daño que se nos ha hecho.

La Comisión podrá advertir en la carpeta que desde el mes de abril hasta el 15 de setiembre -cuando se hizo el último comunicado de prensa- no han dejado de salir comunicados o artículos que hablan de malpraxis. Esto hace cada vez más difícil la relación médico-paciente en un medio pequeño como es el interior del país, donde todos nos conocemos.

SEÑORA PONCE.- No estamos en contra de los procedimientos que se deba hacer en cada uno de los casos que corresponda. No objetamos nada porque no nos corresponde como gremio, que tiene una historia muy importante, pero sí pedimos equidad. Así como la gente tiene derecho a reclamar si considera que fue agredida por alguno de nosotros en su accionar, los médicos también tenemos derecho a que los diferentes procedimientos sean realizados de la forma adecuada. Evidentemente, al analizar los expedientes queda claro

que hay tres colegas que han sido sancionados y retratados en la prensa sin que se haya abierto un sumario, simplemente por una declaración inicial. Con esa información la Comisión del Ministerio de Salud Pública adoptó resoluciones que en un caso dieron lugar a que fuera rescindido el contrato de un compañero que no era funcionario de Salud Pública sino contratado por las Comisiones de Apoyo.

Queremos resaltar que en una ciudad pequeña como la nuestra esta situación es como una bomba. Estamos viviendo una situación de zozobra, en la que los colegas se preguntan todos los días si irán al hospital. Paysandú es uno de los departamentos que se ha caracterizado siempre porque los médicos vamos al hospital más allá de si tenemos cargo o no. Una de las colegas, a quien le han puesto dos sanciones, una de ellas tremenda y definitiva, que es la destitución, trabajó honorariamente durante once años, haciendo guardias permanentes noche y día, las famosas guardias retén. El doctor Bello sostiene que esa es una situación en la no se puede trabajar porque se expone a la población y al médico a situaciones de zozobra, pues dependemos de un personal con buenas intenciones pero sin capacitación. En el interior del país hay gente que ha sido auxiliar de servicio y progresivamente ha llegado a ser enfermera. El médico de retén, que a veces tiene una guardia propia y otras veces es repartida entre tres o cuatro médicos -no hablamos de valores monetarios porque no es lo que nos interesa- va a ser el destinatario final -en estos casos ha ocurrido- de cualquier inconveniente que pueda haber en el proceso asistencial, cuando en realidad no es un médico interno. Hace años que lo estamos pidiendo, por lo menos en las cuatro disciplinas básicas, para un hospital del porte del nuestro, con trescientas camas, con más de doscientas cuarenta consultas diarias en los servicios de puerta, que tiene enorme complejidad, que es regional ya que permanentemente viene gente de Río Negro, de Soriano.

Toda esta situación hace que la relación con los pacientes sea cada vez más difícil, no solo con los médicos. No hemos venido a hablar solo de los médicos, pues la enfermería está en la misma situación ya que diariamente la gente le grita asesinos y otras cosas. Si tenemos una prensa de ese nivel, ¿qué puede pensar la población a la que prácticamente no le hemos dicho nada? Hemos venido a golpear las puertas del Ministerio, no queremos salir a decir tal o cual cosa. En Paysandú hay gente que nos dice que el que calla otorga y nos pregunta por qué no salimos a hablar. No lo hacemos porque es probable que esa prensa utilice nuestras expresiones de manera sumamente negativa para la población y para nosotros.

Lo que dijo la colega es cierto. A partir de la conversación de hoy hemos quedado más tranquilos con respecto a lo que siempre hemos pedido: que el Ministerio comparta un poquitito la responsabilidad con nosotros y diga cómo se ha trabajado siempre en Paysandú, que vaya y enfrente la situación, que si constata irregularidades, dé la tranquilidad de que se harán los trámites correspondientes. No puede ser que toda la asistencia médica pública del departamento sea tomada del modo que lo hizo la prensa.

SEÑOR VEGA LLANES.- ¿ Los médicos fueron sancionados por una conclusión de una investigación realizada por la Comisión de Bióetica y no tienen proceso de sumario? ¿Están trabajando?

SEÑORA PONCE.- No hubo sumario y no están trabajando.

La Dirección del Hospital hizo una investigación mínima que fue enviada al Ministerio de Salud Pública que, a su vez, la mandó a la Comisión de Bioética y con esos elementos mínimos se adoptó una resolución. Los colegas no han sido sumariados; es más: al día de hoy no se ha nombrado sumariante.

SEÑOR VEGA LLANES.- ¿Los echaron?

SEÑORA PONCE.- Sí, a uno de ellos lo echaron. A los otros colegas los suspendieron por dos o tres meses de la tarea profesional. A otra colega la suspendieron por tres meses de sus tareas profesionales a todo nivel y, además, se le inició la destitución como funcionaria pública.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Quisiera que se confirme si en el caso de la doctora en algún momento -no tengo el documento- se decidió separarla del cargo, iniciarle un sumario y retenerle los medios sueldos que corresponda.

SEÑORA PONCE.- Es así en el caso que hubo sumario. En los otros casos se aplicó directamente la sanción sin haber hecho el sumario. En realidad, son los médicos los que están pidiendo que se les haga un sumario para llegar a una resolución.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- También me pareció ver en algún documento que con posterioridad a los seis meses, que es el plazo, se había restituido a los sancionados. ¿Es así?

SEÑORA PONCE.- La colega a la que le han anunciado por fax que va a ser destituida como funcionaria pública sigue trabajando al día de hoy. Está haciendo asistencia primaria en una policlínica periférica de la ciudad. Simplemente, le comunicaron la decisión por fax, pero como no ha tenido acceso al sumario no ha podido hacer sus descargos y, por lo tanto, no se ha procedido aún. Ella superó todos los plazos posibles y comenzó a trabajar. Ese es el último paso. En el caso de los otros colegas, reitero que ni siquiera se ha determinado aún el sumariante.

Nosotros decimos que en Paysandú hubo catorce casos en poco tiempo -lo hablamos con los doctores Tabaré González y Baltasar Aguilar, con FEMI, y lo entendieron perfectamente- y que valdría la pena se visite el lugar, puesto que en ninguna zona hay ese nivel de protestas. Hay que entender que se ha creado un clima que ha dado lugar a que por la mínima cosa se suponga que se está actuando en forma incorrecta.

SEÑOR DOMÍNGUEZ.- Me disculpo por no haber podido concurrir a la invitación que recibí para la reunión del día lunes, en la que se haría una exposición en presencia no solo de quien habla sino también de legisladores del Partido Nacional, señores Bentos y Doti.

No es sencillo entender cabalmente los elementos de rigor legal que se plantean; lo que sí me llama la atención son los hechos que están ocurriendo en Paysandú. Creo que los médicos presentes tienen razón en cuanto a que hay una ola de sensacionalismo con respecto a la situación. No sé cuál será el alcance concreto. Hace unos años vivimos una situación como esta con el caso Maikol Cardoso, oportunidad en que se desató una especie de caza de brujas. Es evidente que a veces hay elementos ciertos con respecto a lo que pueda ocurrir. Se está dando inclusive la implementación de cosas como el uso del volante, que era poco usual. Esto se está usando en Paysandú y es muy negativo.

La actitud de la prensa no me extraña, porque en general en los lugares pequeños se le va la mano y muy mal. En este momento, esta situación requiere una contraofensiva. Precisamente, este puede ser uno de los planteamientos que podemos hacer, porque de lo contrario no despejamos el camino para la realización de una investigación seria, que es lo que todos necesitamos.

Me consta que ese clima horrible que se vive en Paysandú no deja despejar el camino para llegar a soluciones.

También me preocupa que tal vez eso sea parte de lo que tendríamos que hacer en este Parlamento. Por supuesto que no puedo decir a los compañeros legisladores, integrantes de la Comisión de Salud, cuáles son los pasos que ellos creen convenientes, pero a mí me parece importantísimo poder invitar a las autoridades del Ministerio para escuchar su opinión. Además, acá aparece ese tema de la relación con la prensa, que fue la que quizás pudo haber originado está ola, aunque sigo pensando -tal vez con valores subjetivos- que acá hay una carrera por la búsqueda de los pleitos y los dineros. En nuestra sociedad está ocurriendo ese tipo de cosas, que es un elemento que hay que poner sobre la mesa, ya que no siempre se trata del dolor, del sufrimiento, sino también de alguna consecuencia que se quiere sacar de estas cuestiones.

Quiero decir que vamos a seguir muy de cerca esta situación y voy a invitar a los colegas Diputados por Paysandú para que tomemos una acción conjunta. En realidad, hasta ahora no nos habíamos percatado de la magnitud del problema; sí advertimos que había como una onda expansiva por estas situaciones que involucran a determinadas personas.

Entonces, creo que hay que abordar este asunto con mucha atención y dejo constancia de mi disposición en ese sentido. Creo que al menos podemos sugerir la necesidad de profundizar en los aspectos legales.

El doctor Carlos Gómez Haedo señala en su carta "que la presencia de la Comisión de Bioética en la ciudad de Paysandú en el mes de junio se realizó sin el conocimiento y aclaración necesarios". Este es un aspecto que hace a la cuestión; es preciso, pues, despejar el camino para encontrar una salida.

Me parece que los médicos han hecho un esfuerzo importante al venir a este ámbito. Como dije, nos comprometemos a ahondar en estos asuntos y acudiremos a Paysandú para reunirnos con ustedes. Por supuesto que esta Comisión luego definirá cuáles son los pasos a tomar.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- He escuchado con muchísima preocupación el planteamiento que se ha hecho. En verdad, en mi larga carrera profesional en el interior del país, nunca se dio una situación similar; por lo menos, no tengo conocimiento de ello. Me parece que es gravísimo que se fabrique una alarma pública en un tema que despierta tanta sensibilidad.

Realmente recién ahora, a través de toda la información que se nos ha brindado, puedo hacer una compaginación real acerca de cómo están planteadas las cosas; creo que nuestros invitados hicieron muy bien en acudir a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social.

En cuanto al aspecto administrativo, que tiene que ver con las acciones de Salud Pública, en principio -de acuerdo con lo que se nos ha explicado-, uno diría que hubo una falla administrativa grave por parte de Salud Pública en el manejo de la situación. No estoy hablando del hecho en sí; ese es un tema aparte que corre por carriles diferentes. Ahora bien, hay algunos elementos que harían pensar que, en definitiva, los caminos que se siguieron no fueron los correctos desde el punto de vista administrativo. El señor Diputado Domínguez hacía referencia a la carta que envía el profesor Gómez Haedo a la Asociación Médica de Paysandú, disculpándose porque los hechos se dieran de una manera que la propia Comisión no quería transitar.

De manera que creo que las cosas no se han hecho correctamente desde el punto de vista administrativo y eso es lo que ha generado esa alarma pública, a mi entender, mal utilizada. Yo respeto mucho a la prensa, pero pienso que hay determinadas áreas que son muy sensibles y que se deben manejar con mucho cuidado, porque después resulta muy difícil revertir los daños.

Me parece muy bien que nuestros invitados hayan hecho este planteo. Como decía el señor Diputado Domínguez, después la Comisión analizará el tema; seguramente se estudiará la posibilidad de que las autoridades del Ministerio de Salud Pública concurran a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, a los efectos de dar su versión y su explicación con respecto a todo esto. Eso nos parecería bien: nosotros no nos opondríamos si tal planteo surge de la propia Comisión.

Entonces, una vez que la Comisión cuente con todos los elementos, si las cosas sucedieron tal como se relatan, la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social puede tomar otras acciones que están dentro de sus cometidos, como visitar la ciudad de Paysandú para hablar con todos los actores involucrados y poner las cosas en su lugar. Me parece que hay que tomar este tipo de acciones; yo estoy tan preocupado como ustedes, y creo que todos debemos estarlo cuando se plantea este tipo de situaciones que crean una alarma que después genera un mal relacionamiento y una desconfianza muy difícil de superar, entre los usuarios y el sistema médico.

Entonces, es preciso hacer las aclaraciones pertinentes. Nuestros invitados nos decían que ex profeso no habían salido a la prensa; cada uno toma la decisión que considera conveniente. Pero también se nos decía que "quien calla otorga" y yo creo que efectivamente a veces eso es así. Cuando uno resulta lesionado en sus derechos, creo que tiene la obligación de poner en conocimiento de la comunidad cómo son las cosas.

En este tema concreto, creo que la Comisión puede tomar varias opciones. Seguramente, recabará la versión del Ministerio con respecto a los hechos administrativos, y luego determinará el camino que entienda pertinente.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que es muy valiosa la intervención del señor Diputado Domínguez, quien como sanducero puede aportar luz a este asunto. Se ha dicho que ha habido reuniones con otros legisladores por el departamento de Paysandú; entonces, procuraremos recabar la información correspondiente como insumo de trabajo.

El señor Diputado Gallo Imperiale decía que durante su larga trayectoria no había visto un caso como este. En verdad, nosotros que ya tenemos 15 años trabajando en el interior, en otro departamento -los cuatro Diputados médicos aquí presentes somos del interior del país-, tampoco hemos visto una situación como esta, en lo que tiene que ver con el manejo local. En cuanto a la actuación sumarial que ha tenido el Ministerio, no tenemos constancia si han ocurrido situaciones similares. De todos modos, nos preocupa la denuncia que nos realizan en cuanto a ese aspecto.la actuación sumarial del Ministerio de Salud Pública.

Cuando hablamos de alarma pública, no podemos olvidar que unos días antes del 31 de diciembre de 2004, dos profesionales médicos fueron procesados con prisión y la justificación del señor Juez que entendió en la

causa, más allá de todas las consideraciones de índole técnico, era precisamente la situación de alarma pública. Ante una consulta personal que le hicimos al señor Juez -en un ámbito fuera de la Justicia, porque lo conocemos personalmente- nos manifestaba, pues, la situación de alarma pública por un caso del año 2003-2004 ampliamente conocido. En este sentido, hay que tener en cuenta que en los pueblos del interior del país la actividad médica tiene una enorme resonancia social. Entonces, la situación debe ser aclarada, porque luego que esto culmine en la órbita ministerial y judicial, la vida profesional y social de cada uno continúa en sus respectivos pueblos y comarcas.

Los médicos aquí presentes no debemos olvidar que muchas veces nosotros y nuestras familias somos usuarios y como tales tenemos todo el derecho del mundo de hacer las reclamaciones que estimemos pertinentes, como bien manifestaron los invitados. Los médicos no desconocemos que el usuario tiene todo el derecho a reclamar cuando considera que el servicio ha fallado en algo. Entonces, debemos seguir los carriles correspondientes cuando se está juzgando la actividad profesional. En este sentido, sabemos que la opinión de la Justicia va a ser la palabra magna antes de cualquier otra determinación.

La delegación que nos visita nos ha dejado una extensa carpeta, que estudiaremos, en la que hay una carta fechada en el día de hoy, dirigida a la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social. En el punto 2 se expresa: "Se considere por los señores Legisladores la mediación frente a dichas autoridades del MSP para revertir la situación". Como no hemos tenido tiempo de estudiar todos los elementos detenidamente, quisiera saber si en este momento la Asociación Médica de Paysandú tiene alguna dificultad de comunicación con diferentes niveles ministeriales, ya sea de la parte jurídica o de otras dependencias o si, por el contrario, mantiene un fluido contacto con el Ministerio de Salud Pública.

SEÑOR DE LEÓN.- Precisamente en la mañana de hoy tuvimos oportunidad de mantener una larga reunión -que duró una hora y cuarto- con los doctores Tabaré González y Baltasar Aguilar, en la que fuimos escuchados y creo que se entendió las dos cosas que pedimos: que se revise el proceso administrativo que se siguió -porque creemos que puede haber serios errores- y que se considere que las manifestaciones públicas que se hicieron -como seguramente surge de la carta del doctor Gómez Haedo- han tenido una repercusión desfavorable para los médicos. El doctor Tabaré González manifestó su disposición a revisar con sus asesores los procesos de estos dos casos, así como el procedimiento administrativo y legal, aspecto que nos alegró mucho y nos tranquilizó.

Frente al problema de la alarma pública, quisiera referir a algo de lo manifestado por el doctor Gallo Imperiale. Cualquiera sea el fallo, independientemente de que se entienda que el Ministerio actuó correctamente desde el punto de vista administrativo o no, hubo algún manejo de prensa no fue feliz.

Por otra parte, es importante la disposición de ir al departamento de Paysandú a reunirse con usuarios, autoridades locales y médicos de la localidad, a fin de recomponer esa delicada relación de confianza médico-paciente, usuario-sistema sanitario, que está severamente dañada en el departamento de Paysandú

SEÑORA PONCE.- Quiero decir que hemos conversado con la señora Ministra a nivel del Ministerio; también nos reunimos con la Comisión de Ética y creo que se entendieron nuestras solicitudes. Lo que pedíamos es que se hablara públicamente a nivel de Paysandú de la realidad de un cuerpo médico y de una enfermería que están apoyando al hospital, y que los hechos que ocurrieron -y seguirán ocurriendo, porque son inevitables- sean diligenciados donde corresponde. En cierta manera, queremos que se dé un apoyo real a la actividad profesional de los médicos y de todos quienes trabajamos en la salud. Sobre ese punto no habíamos tenido respuesta a nivel local ni ministerial. Por eso hablábamos de la mediación. De todos modos, hoy nos vamos más conformes y pensamos que lo que se nos transmitió va a tener andamiento.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión solicita a los invitados que nos acompañan que nos vayan haciendo llegar el material que de ahora en adelante puedan obtener, a los efectos de adjuntarlo al que ya nos han proporcionado y los funcionarios les dirán cómo es el procedimiento.

Es casi un consenso en la Comisión que nos vamos a comunicar con las autoridades del Ministerio de Salud Pública, de lo que les enviaremos los resultados obtenidos.

Consideramos atinada la propuesta del señor Diputado Gallo Imperiale de una concurrencia a Paysandú con algunos elementos en la mano y, si ustedes lo estiman conveniente, la reunión podrá servir para recomponer unos cuantos lazos que deben estar firmes en la sociedad. Quizá en esa visita nosotros mismos solicitemos ser

recibidos por todas las partes, porque en esta carpeta hemos constatado que existen asociaciones de padres, de usuarios damnificados, etcétera. Me parece que esas reuniones, más la actitud que pueda tener la prensa, podran dar una definición a todo este problema.

Agradecemos la concurrencia, reiteramos las disculpas por la demora en recibirlos y estamos a las órdenes.

Se levanta la reunión.